

# 勤 務 証 明 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記のものは、平成・令和 年 月 日から  
平成・令和 年 月 日まで・現在 当 において

看護業務に従事して いる・いた ことを証明する。

なお、休職若しくは長期休暇の期間は下記のとおりである。

（ 年 月 日 から 年 月 日まで  
理由： ）  
（ 年 月 日 から 年 月 日まで  
理由： ）

\* 以下は、許可病床数が200床以上の病院で、指定介護療養型医療施設を有していない場合について必ず記入してください。

なお、期間は、採用決定日の属する年の前年1月1日から12月31日とします。

（ただし、平成16年度以降の養成所入学者の場合に限ります。）

また、当 是、平成・令和 年 1月 1日から  
平成・令和 年 12月 31日までの1年間において、病棟別に65歳  
以上の収容比率を平均すると、60%を超える病棟がある。

令和 年 月 日

施 設 名

施 設 長 名

印