様式第１８号(第１６条関係)

就労証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

上記のものは、　　　　　年　　　　　月　　　　　日から　　　　　年　　　月　　　　日

（まで　・　現在）当　　　　において医療業務に従事して（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以下のとおりである。

　　　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで

　　［　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ］

　　　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで

　　［　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　］

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　病院等名

　　　　　　　　　　管理者名