（様式４）

※ 受験番号

**勤務証明書**

西暦　　　　　年　　月　　日

氏名：

１．在職期間

上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／した

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務期間 | 勤務期間 | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （西暦）　 年　 　月から | （西暦）年　　月迄 | 年　　　か月 | 年　　　か月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間 | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （西暦）　　年　　月から | （西暦）年　　月迄 | 年　　　か月 |  　　年　　　か月 |
| **合計通算年数**　 | **年 　 か月** |

※勤務形態が非常勤の場合、150時間の勤務時間を実務研修１か月分として換算し、勤務月数を　　割り出す。

２．所属した部署の具体的な特徴・実務年数

　上記１、２に関する内容を証明致します。

　　　　　　　　　　　　機関（施設）名：

　　　　　　　　　　　　所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL）

　　　　　　　　　　　　職　　　　　　　位：

　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＊所属施設の管理者あるいは看護部門の長