（様式5）

受験番号：

勤務証明書

西暦２０２４年　　　月　　　日

申請者氏名：

上記の者は当機関（施設）において、以下のとおり勤務している／したことを証明します。

１．在職期間

【勤務形態　**常勤勤務期間**（1日　　　時間、週　　　日）である】

（西暦）　　　　年　　月より（西暦）　　　　年　　月まで 通算　　　年　　　ヶ月

6か月以上研修・休職期間 通算　　　年　　　ヶ月

　【勤務形態　**非常勤勤務期間**（1日　　　時間、週　　　日）である】

（西暦）　　　　年　　月より（西暦）　　　　年　　月まで 通算　　　年　　　ヶ月

6か月以上研修・休職期間 通算　　　年　　　ヶ月

\*休職期間には、産休・育休を含む

　非常勤勤務時間は150時間を1か月として常勤換算する

**通算常勤換算勤務期間　　　　年　　　月間**

1. 所属した部署の名称と具体的な業務・実績年数

　　当機関（施設）における職歴、専門分野の実務経験に相違ありません。

機関（施設）名 ：

職位名※ ：

氏　名 ： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

機関（施設）所在地 ：

（TEL）

※病院長あるいは看護部長が発行してください