

勤 務 証 明 書

地方独立行政法人東京都立病院機構
東京都立墨東病院 院長 殿

申請者氏名：_____

上記の者が、当施設において以下のとおり勤務している（していた）ことを証明いたします。
勤務期間・勤務形態は以下のとおりです。

勤務形態※1	勤務期間		勤務期間合計	備考※2
	自	至		
1. 常勤	年 月	年 月	年 カ月	
2. 非常勤	年 月	年 月	年 カ月	

- ※1 該当する勤務形態の番号に○をつける。
- ※2 産休・育休などの休職・離職期間がある場合は、「備考」欄にその期間を明記し「勤務期間合計」から当該期間を差し引く。
- ※3 准看護師としての勤務期間は入れないでください。
- ※4 勤務年数 5 年以上に満たない場合は、複数の施設の勤務証明書を提出する。

西暦 年 月 日

施設名： _____
〒 _____

所在地： _____

職 位： _____

氏 名： _____ 印