様式4

※受験番号：

**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 |