在職証明書

氏　　名

生年月日

住　　所

　　上記の者は、次のとおり当医療機関に在職していることを証明します。

就職年月日　　　　　　年　　月　　日

免許の種別　　看護師　　准看護師　　助産師　　保健師

登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　年　　月　　日

所在地

医療機関名

医療機関長名　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞