

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