

# 在 職 証 明 書

< 個人に関する項目 >

氏 名			
住 所			
生年月日	年	月	日
貸与番号			
学 校 名			

これより下は必ず、証明者（本人以外の施設関係者）が記入してください。

職 種 （ 保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師 ・ 准 看 護 師 ）

在職期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（又は現在）

休職期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

休職理由 （産休・育児休暇・疾病・  
その他理由〔 \_\_\_\_\_ 〕）

勤務形態 （常勤職員・非常勤職員・パート又はアルバイト）

在職中に勤務形態が変更になった場合は、勤務形態ごとに書類を作成してください。

常勤職員以外で勤務の場合は、下記を記入してください。

勤務時間 平均 \_\_\_\_\_ 時間 / 週

< 参考 > 常勤職員所定勤務時間 平均 \_\_\_\_\_ 時間 / 週

< 参考 > 在職時の社会保険への加入 （ 有 ・ 無 ）

< 施設に関する項目（平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 1 日現在） >

施設の病床数  床

入院患者数の状況（65歳以上の患者数の割合により猶予・免除を受ける場合のみ記入して下さい）

- ・ 入院患者数（病院全体）  人（ A ）
- ・ 65歳以上の入院患者数  人（ B ）
- ・ 全体に占める65歳以上の患者数の割合  %（ B ÷ A ）

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設所在地	
施 設 名	
施設長名	
施設長印	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; margin-left: auto;"></div>