　（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修センター記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

勤務証明書

記入日：令和　　年　　月　　日

袖ケ浦さつき台病院

院長　菊池　周一様

申請者氏名：

○上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務  期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （西暦） 　 年　 　月から | （西暦）  年　　月迄 | 年　　　ヵ月 | 年　　　ヵ月 |
| 非常勤勤務  期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （西暦） 　　年　　月から | （西暦）  年　　月迄 | 年　　　ヵ月 | 年　　　ヵ月 |
| **合計通算年数** | | | | **年 　 ヵ月** |

○所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名：

職位名※：

氏名：　　　　　　　　　　　　印

機関（施設）所在地：

TEL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※病院長あるいは看護部長が発行すること。