

# 医療機関等所属証明書

大垣市医師会准看護学校長 様

ふりがな 氏名	
現住所	
雇用(内定)年月日	自 昭和・平成・令和 年 月 日 至 昭和・平成・令和 年 月 日 (*雇用年数 年 月) <small>*令和2年3月31日現在で記入</small>

上記の者、当施設に就業(内定)して  
いる  
・  
いた  
ことを証明します。

令和 年 月 日

〒  
住 所

施設名

代表者名

印

(自筆署名をお願いします)

■記入頂いた個人情報等は、個人情報保護の観点から厳重に保管・管理するとともに、法令の規定に基づいて公的機関から個人情報の提供を求められた場合を除き、ご本人の承諾がない限り、第三者に提供いたしません。

■就業経験が複数の施設にわたる場合は、この用紙をコピーしてお使いください。