別紙様式５

※受付番号

　　年　　月　　日

勤務証明書

（　　　 年度　高知大学医学部附属病院　認定看護師教育課程　出願用）

志願者氏名

上記の者は当施設において、下記の通り勤務していること／していたことを証明します

　　　（西暦）　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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～ | （西暦） 　　年　　月 | 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～ | （西暦） 　　年　　月 | 年　　ヵ月 | 年　　ヵ月 |
| ※合計通算年数 | | | | 年　　ヵ月 |

（※休職期間には産休・育休を含む。無い場合は「０」を記載）

（※准看護師期間は勤務期間には含まない。）

施　設　名：

証明者職位：

証明者氏名：

施設所在地：

電話番号：