在職証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 現住所 |  |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 採用日 | 年 | 月 | 日 |
| 職務内容（臨床研修●年目など） |  |

上記の者、当院の職員であることを証明いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 医療機関名 |  |
| 代表者名 |  |  |