

在籍期間証明書

西暦 2025 年 8 月 4 日

氏 名： 出雲 円

休職期間がない場合「0」と記載されているか確認してください。

勤務形態	在籍期間 ※	休職期間	通算勤務期間
常勤	(西暦) 2016 年 4 月～2026 年 3 月	年 8 か月	9 年 4 か月

※ 2026 年 3 月末までの勤務期間を記載してください。

常勤の看護職（准看護師は除く）として実務経験が通算 5 年以上満たす場合は、その職場だけの証明で構いません。
満たさない場合は前職場の証明も必要となります。

上記の者について、記載内容に相違ないことを証明します。

職 位：

氏 名：

施設名：

所在地：

〇〇法人□□大学◇◇学部附属病院
病院長 県立 大
〒693-073
島根県出雲市南林木町587番地
TEL 0853-20-11**



(TEL)

※理事長もしくは施設長に相当する職位の方が発行してください。