（様式５） 　　　　　※ 受験番号：

（記入不要）

勤　務　証　明　書

記入日　(西暦)　　　　　年　　　月　　　日

受験者氏名：

上記の者は、当機関（施設）において、以下のとおり勤務している　／　した（どちらかに〇）ことを証明します。

1. 在職期間（2025年8月末までの記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 在職期間（西暦） | 所属部署名（該当箇所に○をし、部署を記入） | 勤務形態（どちらかに〇、フルタイム勤務以外の場合は年間勤務時間を記入） |
| 1） | 　　年　　月　～　　　年　　月　 | 外来・病棟・その他（　　　　　　　） | ・フルタイム勤務・フルタイム勤務以外(　 　時間/年) |
| 2） | 　　年　　月　～　　　年　　月　 | 外来・病棟・その他（　　　　　　　） | ・フルタイム勤務・フルタイム勤務以外(　 　時間/年) |
| 3） | 　　年　　月　～　　　年　　月　 | 外来・病棟・その他（　　　　　　　） | ・フルタイム勤務・フルタイム勤務以外(　 　時間/年) |
| 4） | 　　年　　月　～　　　年　　月　 | 外来・病棟・その他（　　　　　　　） | ・フルタイム勤務・フルタイム勤務以外(　 　時間/年) |
| 5） | 　　年　　月　～　　　年　　月　 | 外来・病棟・その他（　　　　　　　） | ・フルタイム勤務・フルタイム勤務以外(　 　時間/年) |
| 6） | 　　年　　月　～　　　年　　月　 | 外来・病棟・その他（　　　　　　　） | ・フルタイム勤務・フルタイム勤務以外(　 　時間/年) |

通算　　　　年　　　月間　（休職期間は除く）

2．勤務した部署の具体的な特徴・経験年数　（希望する分野の経験について具体的に記載してください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 機関(施設)名 |  |
| 所在地 |  |
| 職位 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（施設長又は看護部長の職位に相当する方が記入してください）