

従事証明書(現況届用)

住 所 _____

氏 名 _____

従事する業務	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート
就労日数	週 日または1か月あたり 日
就労時間	実働 時間
	時 分から 時 分
	時 分から 時 分
	時 分から 時 分
週休等	<input type="checkbox"/> 定休（ 曜日） <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定休（週・月 日）
従事期間	年 月 日から令和 年 月 日まで
控除期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ※何らかの事情で従事しなかった期間があった場合に記入
控除理由 (注1)	
<p>上記のとおり従事していることを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療施設の名称及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医療施設の長</p>	

※ 該当する□にレ印を付してください。

(注1) 理由を具体的に記入してください。例) 育児休暇、退職等