

(別紙)

## 就業期間証明書

決定番号第\_\_\_\_\_号

氏名\_\_\_\_\_

就業先 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から(勤務場所\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日まで( \_\_\_\_\_か月)

上記のとおり八戸市内において助産師・看護師・准看護師の業務に従事したことを御証明  
願います。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住 所\_\_\_\_\_

氏 名\_\_\_\_\_

上記のとおり相違ないことを証明する。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

就業先任命権者

\_\_\_\_\_ (印)