

就 業 証 明 書

氏 名	フリガナ	性別	男・女
生年月日	年 月 日		
現住所			
採用職種 (該当に○)	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		
就業開始 年月日	年 月 日		
勤務場所 (所在地)			
雇用形態	<input type="checkbox"/> 所定労働時間が週 20 時間以上の者である。		

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地

事業所等名称

代表者名

印