様式3

**勤 　務 　証 　明 　書**

西暦 　　　　　　年 　　　月 　　　日

氏名

在職期間

上記の者は当施設において、　　・保健師　　として

・助産師

・看護師

西暦　　　　　　　　　年　　　　　　　月から 　　　　　　　　　年　　　　　　　月まで

通算 　　　　年 　　　　か月間

勤務している（した）ことを証明します。

※本書１枚で「実務経験３年以上」を証明できない場合は、複数枚提出してください。

施 設 名：

所 在 地：

施設長名：