（様式2号）

|  |
| --- |
| 在職証明書    氏　名：  　生年月日：西暦　　　　　年　　　月　　　日  　就職年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日  　退職（異動）年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日  　職　種：  　雇用形態：  上記と項目について事実と相違ないことを証明します。  西暦　　　　年　　　月　　　日  雇用主　　所在地：  　　　　　　病院名：  　　　　　　電　話：  　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |