（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 |