

証明日は「令和8年3月31日」以降

在職証明書

法人代表者の又は勤務先の代表者（委員長、理事長、施設長等）からの証明を受けてください（押印必須）

証明日 令和8年*月*日
事業所名 **** *病院
代表者名 院長 ○○ ○○ 印
所在地 石巻市○○1丁目**番**号
電話番号 0225-1234-5678（代表）
担当者名 人事課 人事係 ○○
記載者連絡先 0225-1234-****

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

Table with 2 columns: Field (氏名, 住所, 勤務先, 雇用開始日, 雇用形態, 職種) and Value (石巻 花子, 石巻市○○町△丁目**番地*, **** *病院, 石巻市○○1丁目**番**号, 0225-1234-5678, 令和*年*月*日, 正規雇用, 看護師)