

証明日は「令和7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7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。

氏 名	石巻 花子	
住 所	石巻市○○町△丁目**番地*	
勤 務 先	名 称	*****病院
	所 在 地	石巻市○○1丁目**番**号
	電 話 番 号	0 2 2 5 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8
雇用開始日	令和*年*月*日	
雇 用 形 態	正規雇用	
職 種	看護師	