

証明日は「令和6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6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	0225-1234-5678
雇用開始日	令和*年*月*日	
雇用形態	正規雇用	
職種	看護師	