

# 勤務証明書

施設名					
勤務先部署名					
勤務者氏名					
雇用形態	常 勤 / 非 常 勤				
勤務期間	開始日		終了日		
勤務時間 ※契約上の正規労働時間 (隔週などの場合は平均値を記入願います)		開始時間	終了時間	休憩時間	勤務時間数
	月曜				
	火曜				
	水曜				
	木曜				
	金曜				
	土曜				
	日曜				
				合計	

注1) 勤務時間合計は27時間/週以上とする

注2) 常勤の場合は勤務時間の記載不要

上記に相違ないことを証明します。

日 付

所 在 地

医療機関名

電話番号

施設長

印

記入担当者 所属部署  
役職・氏名

- この証明書は日本皮膚科学会認定皮膚疾患ケア看護師認定のための資料となります。  
虚偽の証明は無効です。
- 記載内容について、電話等により照会を行う場合があります。あらかじめご了承ください。
- 証明者は自筆の署名または記名捺印ください。その他はパソコンでご記入しても問題ありません。

以下事務局使用欄