

様式3号

受験番号

職 歴 証 明 書

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

上記の者は、次のとおり在職したことを証明する。

職 名			
職務内容 (詳しく)			
身 分	正職員 ・ 臨時職員 ・ パート ・ その他 ()		
在職期間	(正職員)	昭・平・令 年 月 日	～ 昭・平・令 年 月 日
	(臨時職員)	昭・平・令 年 月 日	～ 昭・平・令 年 月 日
	※現在在職中は 証明日まで (パート・その他)	昭・平・令 年 月 日	～ 昭・平・令 年 月 日
勤務できな かった期間	有 ・ 無	事 由	育児 ・ 介護 ・ 傷病等
		期 間	昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日
※在職中に育児・介護・傷病等により休職した期間があれば記載願います。(事由に○印)			
一週間の 勤務時間	週 時間		
そ の 他 必要事項	病院 (一般・精神・療養・その他) ・ 診療所 許可病床数 () 床		
	老健 ・ 特養 ・ その他 ()		

令和 年 月 日

所 在 地

事業所名

代表者名

印