就業証明書

令和　　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

山形病院附属看護学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　責任者名　　　　　　　　　　印

　下記の者は、当事業所に就業したことを証明します。

記

氏名：

生年月日：　昭和 ・ 平成　　　　年　　　　月　　　日生

就業期間：　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日