様式第１８号(第１９条関係)

就労証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貸与番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　年　　　月　　　日生

上記のものは、　　年　　月　　日から　　年　　月　　日（　まで　・　現在　）

当　　　　　　において医師業務に従事して　（　いる　・　いた　）　ことを証明する。

　なお、休職若しくは長期休暇の期間は以下のとおりである。

年　　　月　　　日　から　　　年　　　月　　　日まで

［理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

年　　　月　　　日　から　　　年　　　月　　　日まで

［理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　病院（診療所）名

　　　　　　　　　　管理者名

（自署又は記名押印）