

業務従事証明書

年 月 日

所在地

医療機関名

代表者

印

下記の者は、当施設において業務に従事していたことを証明します。

記

住 所	
氏 名	
生年月日(年齢)	年 月 日 (満 歳)
医籍登録番号及び登録年月日	( 号 ) 年 月 日登録
勤務期間及び月数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ヶ月)
勤務期間中に休職期間があったときはその期間、月数及びその理由	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ヶ月) (理由)

※研修資金返還免除に必要な勤務の証明書類とします。

※毎年(3月31日現在)4月30日までに提出すること。ただし、年度途中に勤務先を変更した場合は、変更前の勤務について30日以内に提出すること。