

様式第14号（第9条関係）

在 職 証 明 書

職員氏名		生年 月 日	S ・ H	年	月	日
職員住所						
従事業務	保健師	助産師	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士

※ 該当する番号及び項目を○で囲んでください。

1 上記の者が、令和 年 月 日現在 在職している ことを証明します。
在職していた

2 上記の者が、 年 月 日現在 在職している ことを証明します。
在職していた

3 上記の者が、 年 月 日現在 在職している ことを証明します。
在職していた

4 上記の者が、 年 月 日から 年 月 日まで在職していた
ことを証明します。

年 月 日

医療機関等所在地

医療機関名

代表者役職氏名

