第１４号様式（第１５条関係）

在　職　証　明　書

年　　月　　日

岐阜県知事　様

医療機関等名

所在地

代表者名

電話番号

 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師　として、下記のとおり在職したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 在職期間 | 年　　　　　月から　　　　　年　　　　　月まで |
| 休職期間 | 年　　　　　月から　　　　　年　　　　　月まで |
| （休職理由） |

※　在職した医療機関等が複数になる場合には、医療機関等ごとに作成・提出すること。

※　「保健師・助産師・看護師・准看護師」の部分は、該当するものに〇を付けること。