

香川県立保健医療大学大学院保健医療学研究科（博士後期課程）

在 職 期 間 証 明 書

整理番号

*

香川県立保健医療大学長 様

施 設 名

施設の長(代表者)の氏名

印

所 在 地

次の者について、記載のとおり実務者として在職している（又は在職していた）ことを証明します。

記

フリガナ 1 氏 名	
2 在職期間	年 月 ～ 年 月
3 職 種	
4 勤務形態	① 常 勤 ② 非常勤（1日当たり 時間、 週 日勤務）

（注1）ここでの在職期間は、看護師、保健師、助産師、臨床検査技師、薬剤師等の資格による実務者としての勤務期間をいいます。

（注2）勤務形態については、常勤又は非常勤のどちらかに○をつけ、非常勤の場合は、（ ）内も記入してください。

（注3）複数の施設からの証明が必要な場合は、あらかじめこの用紙をコピーして使用してください