

業務従事証明書

年 月 日

所在地

施設名

開設者又は管理者

下記の者は、当施設において（業務に従事・研修）していたことを証明します。

記

住 所	〒 ー
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（研修）期間及び月数	年 月 日～ 年 月 日（ か月）
勤務（研修）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（ か月）
	（理由）
勤 務 時 間	時間／週
社会保険加入の有無	有（保険者の名称： ） ・ 無
業務に従事した診療科	
へき地医療支援業務従事 の有無及び内容（へき地医 療拠点病院のみ記載）	有（内容： ） ・ 無
備 考	

（事務担当者）

担当部署名

担当者名

電話番号