

証明願の申請者氏名が母体保護法指定医師申請者氏名以外となっている場合のみご提出ください。

在職証明書

氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日
現 住 所	
勤務形態	常勤 ・ 非常勤

上記の者は、現在、当院に勤務していることを証明する。

西暦 年 月 日

証 明 者

住 所

医療施設名称

氏 名 _____ 印