様式第18号（第14条第１項第１号、第17条第３項関係）

業務従事証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務従事者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 業務従事病院 | 所在地 | 〒  電話　　　（　　） |
| 名称 |  |
| 業務従事期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日までに業務に従事  　　　　中断期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで  　　　　中断理由（　　　　　　　　　　　　　　） |

　上記のとおり業務に従事している（していた）ことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

病院の長　　　　　　　　　印