別記様式第２号（第５条関係）

　年　　月　　日

（宛先）今　治　市　長

所 在 地

法 人 名

代表者名

電話番号

担当者氏名

医療機関勤務（採用）証明書

次の者は、当法人が運営する医療機関の職員として勤務（採用）することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 勤務形態 |  |
| 勤務する医療機関の  名称 |  |
| 勤務開始日 |  |
| 採用決定日 |  |
| 雇用期限 | 期限なし・期限あり（　　　　年　　　月　　日まで） |
| １か月  当たりの  勤務時間 | 時間 |

※記載された内容に不明な部分があるときは、問い合わせや再提出のお願いをする場合があります。