様式2

※受付番号

**勤務証明書**

氏　名

　　〒

住　所

１．在職期間

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日から

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで

または

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日現在

**（在籍年数　　　年　　　ヵ月）**

上記相違ないことを証明します。

西暦　　　年　　　月　　　日

施設名

所在地

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※欄は記入しないでください。