

令和 年 月 日

在 籍 証 明 書

下記の通り、救急外来または集中治療室に在籍していることを証明します。

氏 名	
住 所	
生年月日	年 月 日
入職年月日	年 月 日 入職
現所属部署	
勤務形態*	常勤 ・ 非常勤（週 日勤務）
備 考	

* いずれかに○。非常勤の場合、1 週間あたりの勤務数を明記

〒 -

所 在 地：

病 院 名：

代表者名：

印