

就 業 証 明 書

住 所
氏 名
生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日生

●これより下はすべて就業先が記入・押印してください。
本人が記入・押印していると認められた場合は無効となります。
●就業証明欄の訂正は、就業先の訂正印で訂正してください。

滋賀県知事

上記の者は、 年 月 日 から 年 月 日 現在
まで

(就業先施設名)

に

- 保健師
助産師
看護師
准看護師
認定看護師
歯科衛生士

として

常勤 (正規) ・ 非常勤 (非正規)

約週 時間 (約週 日)

業務に従事

している

していた

休業期間の確認

期 間	理 由 (下記※を参照して下さい)
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C ()
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C ()
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C ()
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C ()
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C ()
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C ()

※ A産休・育休 B業務に起因した心身の故障 Cその他()に具体的内容を記載

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

勤務施設所在地

施 設 名

施 設 長 名

印

【注意】

- ①同一施設に勤務中に新たな資格を取得した場合（准看護師として勤務しており、その後看護師免許を取得したような場等）は、用紙を分けてください。
 - ②指定施設に就業したことの証明であるため、法人名や個人名のみ記載や施設長名に理事長名や学長の記載は認められません。
 - ③複数の施設に就業した場合は、全ての施設の証明が必要です。
 - ④法で定める産前産後休業・育児休業期間に限らず、産前産後や育児のために休業する期間をAとして記入してください。
 - ⑤その他の休業の理由（例） 介護休業 等
- ※就業施設変更にかかる提出の場合、変更前の就業施設の証明が必要です。