

様式3

## 在 職 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

在職期間 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

事業における地位 \_\_\_\_\_

業務の種類 \_\_\_\_\_

勤務態様 \_\_\_\_\_

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

証 明 者

住 所 滋賀県守山市守山五丁目4-30

代表者名 滋賀県病院事業庁長

印