

在籍・勤務状況証明書

参考様式 / 使用は任意

本様式は参考テンプレートです。勤務先独自の様式をご使用いただいても構いません。

氏名・施設名・在籍状況・週あたりの保険診療従事日数が確認できる内容をご提出ください。

1. 対象者・主たる勤務先

対象者氏名

施設名

勤務先区分（該当するものにチェック）

☐

大学病院

☐

市中病院

☐

その他

所属診療科・役職

在籍状況（常勤・非常勤等）

2. 保険診療への従事状況

上記施設における週あたりの保険診療従事日数： 週 日

※自由診療のみを行う日数は含めず、証明時点の通常の勤務状況をご記載ください。

3. 勤務先による証明

上記の在籍・勤務状況が事実であることを証明します。

証明日： 年 月 日

証明者の所属・役職：

証明者氏名（署名等）：

勤務先にて証明のうえ、PDFまたは画像として応募フォームの該当欄に添付してください。

この証明書の提出のみで教育支援受講料の適用が確定するものではありません。