勤　　務　　証　　明　　書

年　　　月　　　日

　佐世保市保健所長　様

所在地

名　称

代表者

ＴＥＬ

下記の者は次のとおり勤務していたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 勤務中の主な仕事内容（職務経歴） |  |
| 勤務状況 | 　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日　まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在 | 勤務期間 |  |