様式 2

在職証明書

氏名

生年月日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 雇用期間 | 西暦　　　　　年　　　月から　　　　年　　　月まで | | |
| （ 継続中 ・ 終了 ） | 合計年数　　　　年　　ヶ月 | |
| 職種 |  | | （例）診療放射線技師 |
| 職務 |  | | （例）放射線診療 |

上記の者が在職していることを証明します。

　　　　　年　　　月　　　日

所在地

機関名

職名

代表者名 　　公印

|  |  |
| --- | --- |
| 注 意 | 公印を有する病院長等の証明を受けてください。  発行日より3ヶ月以内の原本を提出してください。　ただし、本年度の認定試験合格者は出願時に提出した在職証明書のコピーで代用可能です。 |