

受験番号	※
------	---

※印欄は記入しないでください

在 職 証 明 書

年 月 日

岩手保健医療大学 学長殿

氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日
住 所	〒
就 業 日	西暦 年 月 日
所 属 等	
職 名	
職務内容	
備 考	

上記の者が、在籍していることを証明します。

事業所
所在地 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____ (印)

電話番号 _____