|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

※記入しないでください

在職証明書

西暦　　　　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 |  |
| 職務の内容 |  |
| 備考 |  |

上記のとおり証明します。

事 業 所

所在地

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号