

※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 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_