

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	年 月 日
住 所	〒
就労開始日	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



電話番号