|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号