

常勤証明書

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
現住所	
勤務開始年月日	年 月 日
備考	

上記の者は、当院の常勤の勤務医師であることを証明します。

施設名 _____
所在地 _____
代表者氏名 _____ 印

年 月 日