

業務従事証明書

年 月 日

所在地

医療機関等の名称

開設者又は管理者
(事務担当者氏名)

次の者は、当医療機関等において業務に従事していたことを証明します。

住 所	
氏 名	
生年月日	
医籍登録番号及び 登 録 年 月 日	
勤務期間及び月数	
勤務期間中に休職又は 停職があったときはその 期間、月数及びその理由	

(注)

- 1 記載内容の確認のため、医療機関等に問い合わせる場合があります。
- 2 医療機関等の開設者又は管理者に無断で作成又は改変等を行ったときには、医療機関等の開設者又は管理者の押印がない場合でも、有印私文書偽造罪、有印私文書変造罪又は電磁的記録不正作出罪が成立するおそれがあります。