常勤証明書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏名 |  |
| 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いたします。

所在地

施設名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日