在職証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 勤務先医院名 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 役職 |  |
| 勤務年数 |  |

上記の者は当医院に歯科助手として在籍していることを本書により証明致します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医院名

医院所在地

医院長名　　　　　　　　　　　　　　　　印