

勤務証明書（免除申請用）

1 氏 名 _____

2 生年月日 _____ 年 月 日生

3 住 所 〒 _____

4 職 種（該当する職種に○をしてください。）

- ・ 介護福祉士 ・ 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師
- ・ 准看護師 ・ 臨床検査技師 ・ 衛生検査技師 ・ 養護教諭 ・ 養護助教諭

5 免除職資格取得年月日 _____ 年 月 日

6 勤務形態（該当する勤務形態に○をしてください。なお、非常勤の場合は、1週間の労働時間も記入してください。）

- ・ 常勤
- ・ 非常勤（週労働時間 _____ 時間）
※常勤職員の正規の就業時間（週労働時間 _____ 時間）の4分の3以上

7 在職期間 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで

8 在職期間のうち、休職、休業、休暇等により月の全日を勤務していない期間

休暇等の種類	取 得 期 間	除外する月数
	年 月 日 ~ 年 月 日	か月
	年 月 日 ~ 年 月 日	か月
	年 月 日 ~ 年 月 日	か月

上記の者は、上記期間中に良好な成績で勤務したことを証明します。

年 月 日

神奈川県教育委員会教育長 様

事業所所在地

事業所の名称

事業所代表者氏名

印

※ 准看護師、臨床検査技師、衛生検査技師、養護教諭又は養護助教諭については、2015年度以前に奨学金の貸付けを受けた場合の免除の対象となる職です。