

様式第 3 号(第 7 条関係)

国東市長

様

国東市医療従事者就業移住支援金事業実務実績証明書

勤務者氏名	
採用職種 (該当するものに○)	医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ 准看護師
勤務者住所	
勤務者電話番号	☎ ー ー
勤務先所属医療機関名	
就業年月日	年 月 日 ～ 年 月 日
就業年数計	年 カ月

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

印