

業務従事届

令和 年 月 日

注1) 様式の提出について
取得した資格が必要な業務に従事した2年
目から毎年4月に提出いただきます。
提出する年度の前年度の就労実績を報告す
る大切な書類です。

25 KN 000
〒123-△△△△
神奈川県横浜市中区〇〇町△-△
氏 名 桜木 花子
電 話 番 号 090-2222-△△△△

下記のとおり取得した資格が必要な業務に従事したことを届け出ます。

取得資格	資格名	看護師
	登録番号	〇〇〇〇〇〇〇
	登録日	令和 年 月 日
法人及び施設・事業所名称	医療法人桜〇会 野〇山病院	
所在地	〒999-△△△△ 横浜市神奈川区〇〇町△	
施設等種別	医療機関	
職 種	看護師	
従事期間	① 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日まで	
	② 1日の平均勤務時間※1: 8 時間 00 分	
	③ 1月の平均勤務日数 : 20 日 (有給休暇含む)	
休職期間	注3)「休職期間」「休職事由」 従事先で認められた期間・事由を記入してくだ さい。	
休職事由		

(※1) 休憩時間を除いた時間で平均時間を記入してください。
(注1) この様式で証明を得ることが難しい場合は、施設長等が発行する勤務証明書に代えることができます。
(注2) 毎年4月に提出が必要です。

業務従事証明書

注4)「従事先の証明」欄について
従事先の法人もしくは施設の代表
者による証明が必要です。
※印鑑は法人、施設印等を使用し、
個人印は認められません。

令和 年 月 日

従事先)
法人・施設名
医療法人桜〇会 野〇山病院
施設長職名及び氏名
病院長 桜〇 太郎



(印)