

勤務証明書

年 月 日

一般社団法人前橋市歯科医師会
会 長 様

所在地 _____
名 称 _____
(電話番号 _____)
代表者名 _____ (印)

次の者は、下記のとおり勤務していることを証明します。

ふりがな 氏 名		電話番号 (自宅)
採用年月日	昭和・平成	年 月 日
雇用形態	常勤 臨時 パート	勤務時間 時 分 ~ 時 分迄
勤務地		
備 考		

※ 事業主の方へ

この証明書は、一般社団法人前橋市歯科医師会の入会申込に使用するものです。
勤務先事業主にて記入をお願いします。