

# 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	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。