

実務経験申立書【医療ソーシャルワーカー】（既卒後の経験）

氏名			
生年月日	S・H	年	月 日
従事した期間・勤務先名 ・ 正規、非正規の区分	職務内容		
S・H・R 年 月 日 ～S・H・R 年 月 日			
【病院名】			
【病床数】			
正規 ・ 非正規 (どちらかに○)			
S・H・R 年 月 日 ～S・H・R 年 月 日			
【病院名】			
【病床数】			
正規 ・ 非正規 (どちらかに○)			
S・H・R 年 月 日 ～S・H・R 年 月 日			
【病院名】			
【病床数】			
正規 ・ 非正規 (どちらかに○)			
S・H・R 年 月 日 ～S・H・R 年 月 日			
【病院名】			
【病床数】			
正規 ・ 非正規 (どちらかに○)			
上記のとおり相違ありません。			
		令和	年 月 日
地方独立行政法人明石市立市民病院 理事長 阪倉 長平 様			
			氏名 _____ (印)

- (注) 1 従事した期間は、1週間の平均勤務時間が35時間以上の期間を対象とし、療養休暇、休職、育児休業等の勤務に就かなかつた期間は含めないこと。
- 2 上記内容に不正があると、職員として採用される資格を失うことがあります。
- 3 合格した場合は、採用前に経験ごとの在職証明書(当院指定用紙)を提出していただきます。