

# 前 歴 証 明 書

1 現 住 所

2 氏 名

3 職 名（身分）

4 担当（従事）職務内容

5 勤務態様（常勤・非常勤の別、休日、勤務時間等）

6 雇用期間

年 月 日から 年 月 日まで

7 退職の理由

8 その他特記事項

地方独立行政法人長野県立病院機構 理事長 様

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

雇用主 住 所

氏 名

㊞