# 職務証明書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏　　　　名 | | 生年月日 | 昭和<br>平成　　　　　年　　　　月　　　　日生<br>令和 |
| 住　　　　所 | 都　道<br>府　県 | | |

| 職　　　　務 | 従　事　期　間 | 従　事　年　数 |
|---|---|---|
| 1．　労働衛生専門官<br>2．　労働基準監督官<br>3．　産業安全専門官<br>該当する番号を○で囲んでください。 | 昭和　　　　　　　　　　　　昭和<br>平成　　年　　月　　日から　平成　　年　　月　　日まで<br>令和　　　　　　　　　　　　令和 | 年　　　　カ月 |

上記のとおりであることを証明します。

年　　月　　日

所属先所在地

所属先名称

（職名）　　　　（氏名）

所　属　長 ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（職名）　　　　（氏名）

担当者職名・氏名 ＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　担当者が受験者本人の場合は、上司を担当者としてください。
　　ただし、所属長の欄に記載した方が自ら担当する場合は、
　　担当者欄に「所属長に同じ」と記入してください。

備考　1．　訂正した箇所には、証明者の職印（又は組織印と個人印の両方）を押印してください。なお、受験者の印は訂正印として認められません。

　　　2．　当該証明書の内容について、担当者へ問合せすることがあります。