**一般社団法人日本統合医療学会（IMJ）**

**勤務証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設名 |  |
| 勤務期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| 施設連絡先 | 〒 |
| TEL |
| FAX |

上記のとおり、勤務したことを証明します。

　平成　　年　　月　　日

施設長名 　 印