

(現在勤務している従事先)

勤 務 証 明 書

年 月 日

福 島 県 知 事

所属所在地

所 属 名

所 属 長 名

(署名又は記名押印)

下記の者は、 年 月 日から現在(右上提出の日付)まで(※)、所属の _____ で 理学療法士・作業療法士・診療放射線技師・歯科衛生士・臨床検査技師・言語聴覚士 として勤務していることを証明します。

※ 上記期間のうち、以下の期間は ①産前産後休暇 ②育児休暇 ③その他休職 の取得により、勤務に従事していません。

① _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで

② _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで

③ _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日 まで

記

氏 名 :

生年月日 :

備考 下線部には、勤務した病院名等を記入してください。また、勤務した病院等が2ヶ所以上ある場合は、証明書はそれぞれ別様としてください。