（過去に従事した勤務先）

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　　年　　月　　日　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　として勤務したことを証明します。

※　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。