

(過去に従事した勤務先)

勤 務 証 明 書

令和 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 産前産後休暇 育児休暇 その他休職など の取得により、
勤務に従事していません。

____年 ____月 ____日 から ____年 ____月 ____日 まで

記

氏 名：

生年月日：

※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。