（現在勤務している従事先）

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　　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。