

業務従事届

京都府知事

様

届出日 年 月 日

郵便番号 -

住 所

氏 名

電話番号 -

次のとおり府の区域内で業務に従事したので届けます。

従事先の名称	
従事先の所在地	
従事開始日	年 月 日
資 格	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 (※該当する資格の□に「✓」を記入してください。)

上記の者は、	年 月 日	から当施設に在職していることを証明します。
	年 月 日	
	施設の名称	
	施設の長の職名・氏名	職印

(注) 在職証明は別紙としても差し支えありません。