

従 事 証 明 書

氏 名

生年月日 年 月 日

住 所

電話番号 — —

京都府知事 様

上記の者は、.....年.....月.....日から.....年.....月.....日まで、下記の施設において（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）として、当該業務に従事して（いる・いた）ことを証明します。

ただし、上記の期間のうち下表に記載の期間を除きます。

	業務に従事できなかった期間	事由
1年.....月.....日 ～年.....月.....日	<input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 育休・産休 <input type="checkbox"/> その他(.....)
2年.....月.....日 ～年.....月.....日	<input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 育休・産休 <input type="checkbox"/> その他(.....)

※業務に従事できなかった期間がない場合は、上の表の記入は不要です

.....年.....月.....日

施 設 の 所 在 地

施 設 の 名 称

施設長の職・氏名 職印