

# 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<br>～ .....年.....月.....日 | <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 育休・産休<br><input type="checkbox"/> その他(.....) |
| 2 | .....年.....月.....日<br>～ .....年.....月.....日 | <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 育休・産休<br><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 .....