

就 業 証 明 書

フリガナ	ハウモン ハナコ		
氏名	訪問 花子 (満 30 歳)		
フリガナ	トウキョウトシンジュクク〇〇		
現住所	〒111-1111 東京都新宿区〇〇1丁目△△-□□		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	生年月日	⑤・H 58 年 10 月 10 日
日本訪問リハビリテーション協会会員番号	25000-100		
就業期間*	S・⑤20年 4月 1日～S・⑤21年 3月 31日(1年ヶ月) S・⑤23年 4月 1日～S・⑤25年 6月 30日(2年3ヶ月) S・H 年 月 日～S・H 年 月 日(年ヶ月) S・H 年 月 日～S・H 年 月 日(年ヶ月) S・H 年 月 日～S・H 年 月 日(年ヶ月) S・H 年 月 日～S・H 年 月 日(年ヶ月)		
雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		
職種	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士		

*訪問リハビリの就業期間のみを記載

上記のとおり、当施設にて訪問リハビリテーション業務に従事したことを証明します。

平成 25 年 8 月 1 日

所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇

東京都足立区〇〇〇

法人等団体名

〇〇法人 △△病院

代表者職・氏名

病院長 日本 りたろう 印

