

# 産前産後休暇・育児休業証明書

年 月 日

福 島 県 知 事

## 【本人記入】

フリガナ		生 年 月 日
氏名		年 月 日
従事先施設名		
所在地・電話番号	〒 ー Tel ( )	
従事している職種	理学療法士・作業療法士・診療放射線技師・歯科衛生士	
雇用形態	正社員 ・ 正社員以外 ( )	

## 【従事先記入】

上記の者は産前産後休暇・育児休業を取得しました。

産前産後休暇取得期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
育児休業取得期間	年 月 日 から 年 月 日 まで

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

施設・法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

(署名又は記名押印)