

理学療法士・作業療法士免許取得後(登録日以降)の実務経験申告書

職種	理学療法士・作業療法士 (○をつけてください)	記入日	年 月 日
	ふりがな		生年月日
	氏名	⑩	年 月 日
理学(作業)療法士名簿登録日	年 月 日	登録番号	第 号

勤務内訳

勤務先1 名称			
住 所			
電話番号			
入職～退職	年 月～ 年 月(在職中)	勤務期間(※1)	ヶ月
あなたの週平均勤務時間(※2)	時間	勤務先における正職員の週平均勤務時間(※3)	時間
正規勤務時間に対するあなたの勤務時間の割合(※4) ※2÷※3	0		小数点第2位 四捨五入
実勤務期間(※5) ※1×※4	0 ヶ月	実勤務年数	0.0 年

勤務先2 名称			
住 所			
電話番号			
入職～退職	年 月～ 年 月(在職中)	勤務期間(※1)	ヶ月
あなたの週平均勤務時間(※2)	時間	勤務先における正職員の週平均勤務時間(※3)	時間
正規勤務時間に対するあなたの勤務時間の割合(※4) ※2÷※3	0		小数点第2位 四捨五入
実勤務期間(※5) ※1×※4	0 ヶ月	実勤務年数	0.0 年

勤務先3 名称			
住 所			
電話番号			
入職～退職	年 月～ 年 月(在職中)	勤務期間(※1)	ヶ月
あなたの週平均勤務時間(※2)	時間	勤務先における正職員の週平均勤務時間(※3)	時間
正規勤務時間に対するあなたの勤務時間の割合(※4) ※2÷※3	0		小数点第2位 四捨五入
実勤務期間(※5) ※1×※4	0 ヶ月	実勤務年数	0.0 年

実勤務期間合計	0 ヶ月	⇒	0.0 年
---------	------	---	-------

上記の者は実務経験申告書のとおり、理学療法士として4年以上の実務に従事していたことを証明する。

年 月 日

勤務先名称 施設代表者または 部門代表者・責任者 役職・氏名	⑩
---	---