

実務経歴証明書

平成 年 月 日

〒

住所

所属先名

代表者名

印

下記の者の実務経歴は、以下のとおりであることを証明する。

氏名	
福祉用具に関連する業務内容	
従事期間	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月（ 年 ヶ月間）

実務経歴は通算で2年以上必要です。業務に従事した施設・事業等が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。