**実　務　経　歴　証　明　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住所

所属先名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

下記の者の実務経歴は次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 | 西暦　　　年　　　月　　　～  西暦　　　年　　　月  　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　　ケ月間） |

実務経験は通算で2年以上必要です。

業務に従事した施設・事業が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。