

(様式2)

## 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、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	西暦 年 月 ~ 西暦 年 月 ( 年 ヶ月間)

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・事業等が複数にわたる場合は、コピーしてお使いください。