

様式2 利用者支援事業を受講希望の方のみ提出が必要です。

令和 年 月 日

福島県知事 様

証明者の住所

()

証明者の団体名(施設名)・役職

()

証明者氏名

(印)

実務経験証明書

()氏は、本団体(施設)において、次のとおり勤務していたことを証明します。

| 勤務施設名 | 期間 | 職名 | 事業名(内容) |
|-------|---------------------|----|---------|
| | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |

※当様式における証明者は、施設長・事業主等としてください。