

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<br>～<br>年 月 日 |     |         |
|       | 年 月 日<br>～<br>年 月 日 |     |         |
|       | 年 月 日<br>～<br>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。