

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。