実　務　経　歴　証　明　書

　　　年　　　月　　　日

　公益財団法人　テクノエイド協会理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

所属先名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |

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。

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。