

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

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 ヲ月間)

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。