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	年　　月　～　　年　　月（　年　ヶ月間）

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。

下記の該当する項目に〇を付けて下さい。

福祉用具専門相談員としての条件	・国家資格取得者 （介護福祉士 ・ 義肢装具士 ・ 保健師 ・ 看護師 准看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 社会福祉士）
	福祉用具専門相談員講習修了
	旧ホームヘルパー2級以上取得者