

(様式 1)

実務経験(資格要件) 証明書

氏 名				
資格要件 (どちらかに○)	1 組織運営管理業務の3年以上の経験者又は同等の能力を有する者 2 福祉・医療・保健の有資格者又は学識経験者で当該業務の3年以上の経験者			
有資格内容	資 格 の 名 称 () 資格取得年月日 年 月 日 ※ 資格を証する書類の写しを添付すること。			
実務経験履歴	実務経験期間	勤務先	職 名	業務内容
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	自 年 月 日 至 年 月 日			
	合計期間 年 月			
島根県社会福祉協議会会長 様 上記の者は、上記実務経験履歴に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 従事事業所名 代表者氏名 印				

※ 勤務先事業所が複数にわたる場合は、事業所ごとに当該証明書を作成してください。