

(様式4)

実務経験・資格要件証明書

氏名	
----	--

a 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に該当する場合

職名	所属部署	管理していた人数	業務内容	実務経験時期	期間
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
				合計	年 月

b 福祉・医療・保健の有資格者若しくは学識経験者で、当該業務の3年以上の経験者又は同等の能力を有する者に該当する場合

資格 (取得年月日)	所属・職名	業務内容	実務経験時期	期間
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
			合計	年 月

※資格を証する書類の写しを添付すること。

熊本県知事 様

本書のとおり、上記の者の履歴に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

従事事業所名  
代表者氏名

印

※不用の欄は、斜線で削除すること。

※従事した事業所が複数にわたる場合は、事業所ごとに作成すること。