様式2の２

施設管理業務に関する実務経験証明書

豊後大野市病院事業管理者　木下　忠彦　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （申請者） | 所在地 |  | |
|  | 商号また名称 |  | |
|  | 代表者職氏名 |  | ㊞ |

次の者は、下記のとおり各種資格の実務経験があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　　　　　歳 | |
| 取得資格 | １ | |
| ２ | |
| ３ | |
| ４ | |
| ５ | |
| 実務経験 | 勤 務 先 |  |
| 住　　所 |  |
| 勤務期間 |  |

※資格証明証等の写しを添付してください。

【注意】資格ごとに勤務先が異なる場合は、勤務先ごとに提出してください。

上記のとおり証明する。

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 住所 |  | |
|  | 商号または名称 |  | |
|  | 代表者職氏名 |  | ㊞ |
|  |  |  |  |
|  | 担当者 |  |  |
|  | 担当者連絡先 |  |  |