

## 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