

(様式2)

業務経歴証明書

年 月 日

一般社団法人 全国福祉用具専門相談員協会理事長 殿

〒
住所
所属先名
代表者名

印

下記の者の福祉用具専門相談員取得後の福祉用具選定等の実務経歴は、以下のとおりであることを証明する。

氏名	
従事期間	年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月間)

実務経歴は通算で3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。