

令和 年 月 日

鳥取県知事 様

証明者の住所

()

証明者の団体名（施設名）・役職

()

証明者氏名

(印)

実 務 経 験 証 明 書

() 氏は、本団体（施設）において、次のとおり勤務していたことを証明します。

勤務施設名	期 間	職 名	事業名（内容）
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		

※当様式における証明者は、施設長・事業主等としてください

※受講申し込みの際、原本を同封してください（FAX 不可）