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）