

(様式 4)

業務経験・資格要件証明書

氏 名	
-----	--

a 組織運営管理業務を3年以上経験している者、又はこれと同等の能力を有していると認められる者に該当する場合

職 名	所属部署	管理して いた人数	業 務 内 容	実務経験時期	期 間
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
				自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
合 計					年 月

b 福祉・医療・保健分野の有資格者若しくは学識経験者で、当該業務を3年以上経験している者、又はこれと同等の能力を有していると認められる者に該当する場合

資 格 (取得年月日)	所属・職名	業 務 内 容	実務経験時期	期 間
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
			自 年 月 日 至 年 月 日	年 月
合 計				年 月

※資格を証する書類の写しを添付すること。

熊本県知事 様

本書のとおり、上記の者の履歴に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

従事事業所名  
代表者氏名



※不要の欄は、斜線で削除すること。

※従事した事業所が複数にわたる場合は、事業所ごとに作成すること。