

(参考様式7-2)

実務経験証明書（機能訓練指導員）

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
施設又は事業所の名称	
施設（事業）の種類	
職 種	
就 業 期 間	年 月 日～ 年 月 日（ 年 月）
うち機能訓練の業務に従事した日数	日

上記の者は、以上のとおり機能訓練の実務経験を有することを証明します。

年 月 日

施設又は事業所名

代表者職氏名



注) 届出者での実務経験を記載する場合は押印の省略可