

(様式)

## 実務経験（見込）証明書

令和4年 月 日

大分県人事委員会委員長 殿

施設・事業所等名

代表者氏名

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

被証明者氏名等	(生年月日： 昭和・平成 年 月 日生)	
被証明者住所	(〒 - )	
実務経験区分 ※該当するものの□欄に ✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> 児童自立支援事業 <input type="checkbox"/> 児童福祉事業 (児童福祉施設の設備及び運営に関する基準を定める条例 第106条第1項第4号イ) <input type="checkbox"/> 社会福祉事業 (同第106条第1項第4号ロ) <input type="checkbox"/> 社会福祉施設職員 (同第106条第1項第4号ハ) <input type="checkbox"/> 教員	
施設又は事業所等名		
業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
業務内容		
証明者の連絡先	(電話番号)	(担当者名)

※人事委員会事務局から証明内容について確認することがあるため、証明者の連絡先は必ず記入してください。