

実務経験証明書

氏 名

生年月日

上記の者は、平成20年4月現在において1年以上、生活習慣病予防に関する相談・教育に従事した経験を有していることを証します。

《元号》 年 月 日

事業場名

又は

保険者名

所在地

所属長等証明者

※ 所属長等証明者欄は、署名又は記名押印をお願いいたします。