

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・教育の業務に従事した経験を有していることを
証します。

平成 年 月 日

事業場名または保険者名

所 在 地

所属長等証明者

印