

実務経験申告書

財団法人 日本知的障害者福祉協会
 社会福祉士養成所長 殿

平成 年 月 日

申告者

住所

氏名

私(申告者)の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、
 代表者の証明書を添えて、申告いたします。

従事していた(している) 施設・機関等の		職 種	期 間		証明書No.
名 称	施設種類		年 月 日~ (年 月 日)	年 月 日~ (年 月 日)	
			年 月 日~ (年 月 日)	年 月 日~ (年 月 日)	1
			年 月 日~ (年 月 日)	年 月 日~ (年 月 日)	2
			年 月 日~ (年 月 日)	年 月 日~ (年 月 日)	3
			年 月 日~ (年 月 日)	年 月 日~ (年 月 日)	4
			年 月 日~ (年 月 日)	年 月 日~ (年 月 日)	5
			年 月 日~ (年 月 日)	年 月 日~ (年 月 日)	6

- (注) 1. 実務経験証明書の証明事項は、上記本欄の内容と一致すること。
 2. 実務経験として認められる職種について記入すること。