施設・機関職員用

受付No.	

実務経験（見込）証明書

証明書No.
平成　　年　　月　　日

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

施設・機関の所在地及び名称	〒　　－		
代表者氏名（役職・氏名）	証明印		
電話番号			
証明書作成者	所属・役職等	氏名	認印

次の者は、以下のとおり当施設・機関において、社会福祉士養成所の入学・実習免除に必要な相談援助の業務に

□ 従事した
□ 従事する見込みである

ことを証明します。

フリガナ		生年月日								
氏名		□ 大正 □ 昭和　年　月　日生								
施設・機関の名称										
施設(事業)の種類		該当通知番号								
職種（資格該当職名）										
従業期間	□ 昭和・□ 平成			年			月			日から
	□ 昭和・□ 平成			年			月			日まで
	証明書記入時に必要な従業期間に満たない者は、必要な従業期間を満たす見込みの日まで記入してください。（１日でも不足する場合は、認められません。）									

（注）1. 従業期間に見込みの期間が含まれている場合は、入学後に、実務経験証明書を改めて提出してください。必要な従業期間を満たした実務経験証明書が提出されない場合は、入学資格を満たさなかったものとして、無効になりますので注意してください。
2. **記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印（証明印）で訂正してください。修正液で訂正したものは証明書として無効ですので、注意してください。**
3. 用紙が不足する場合は、コピーしたものを使用してください。

キリトリセン