

実務経験（見込）証明書

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会
社会福祉士養成所 長様

証明書No.

令和 年 月 日

施設・事業所・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	
										⑩	

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							<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生			
							<input type="checkbox"/> 平成				
施設・事業所・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	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和										日から
	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和										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。