病院・診療所職員用

受付No

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
			㊞

次の者は、以下のとおり当病院・診療所において、**専任で下記アからエまで**の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。

業務内容（アからエまでの業務をすべて行っていることが必要です。）
ア　患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 イ　患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 ウ　患者の社会復帰に係る相談援助 エ　以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動

フリガナ						生年月日				
氏名						☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日生	
医療機関の名称										
医療機関種類	☐ 病院			☐ 診療所				該当通知番号		
職種（資格該当職名）								1－（11）		
従業期間	☐ 昭和・☐ 平成・☐ 令和			年		月		日から		
	☐ 昭和・☐ 平成・☐ 令和			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。必要な従事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。

この実務経験証明書を証明権限を有する代表者に作成してもらう時は、この証明用紙と『入学案内』を見せて証明してもらってください。

キリトリセン