

実務経験申告書

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

令和 年 月 日

申告者

住所

氏名

印

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・事業所・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)	年 月 日 (年 月)	1
			年 月 日～ (年 月)	年 月 日 (年 月)	2
			年 月 日～ (年 月)	年 月 日 (年 月)	3
			年 月 日～ (年 月)	年 月 日 (年 月)	4
			年 月 日～ (年 月)	年 月 日 (年 月)	5
			年 月 日～ (年 月)	年 月 日 (年 月)	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。