

## 5-2 実務経験(見込)証明書(個票)

日本福祉教育専門学校

\*受付

\*No.

校長 大谷 修 殿

\* 学校記入欄

フリガナ		生年月日(年齢)
氏名		年 月 日生 満 歳
医療機関種類	病院・診療所 (該当種類を○で囲むこと。)	
職種	以下のアからエまでの業務を行っている職員	職種名 ( )
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	
勤務先医療機関 名称		
勤務先医療機関 所在地		
<p>(1) 上記の者は、 年 月 日から現在まで当医療機関において上記アからエ までの相談援助業務を行う職員として勤務していることを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで当医療 機関において上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明し ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関代表者 _____ 職印</p> <p>医療機関所在地 _____</p>		

(注) ① 証明を受ける者の自書は無効です。

② 「職種」欄は、厚生労働省で定める「相談援助業務の範囲」に一致することが必要です。

※ 別冊の「相談援助業務・指定施設に関する資料」をご覧ください。

③ 証明印は職印等、公印を押印してください。

④ 訂正した場合は、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。

⑤ 本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格ならびに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。

⑥ 用紙不足の場合はコピーしてお使いください。

⑦ 同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください(1施設・1職種につき1枚)。

⑧ 見込の場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。