

5 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			昭和 年 月 日生 平成 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	※募集要項p9～の職種を参考にご記入ください。 ()
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<u>勤務していることを証明します。</u></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<u>勤務していたことを証明します。</u></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筆は無効です。
 ②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「相談援助業務の範囲」に一致する必要があります。
 ※別冊の募集要項P9をご覧ください。
 ③期間は、現在継続して勤務している場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。
 ④証明印は職印等、公印を押印してください。
 ⑤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。
 ⑥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、入学資格並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。
 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・1期間につき1枚必要です)。
 ⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。
 ⑨見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。

5 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	フクシ ケイコ	生年月日(年齢)
氏名	福祉 敬子	昭和53年 8月 5日生 平成 満 45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 ※募集要項⑨の職種を参考に記入ください。 (相談員)
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	日本福祉病院	
勤務先医療機関 所在地	東京都豊島区高田 3-6-15	

① 上記の者は、2016年 4月 1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。

(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。

2024年 1月 10日

医療機関代表者

日本福祉病院 理事長 日本 太郎



医療機関所在地

東京都新宿区高田馬場 2-16-3

(注) ①証明を受ける者の自筆は無効です。

②「職種」「施設種類」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。

※別冊の募集要項P9をご覧ください。

③期間は、現在継続して勤務している場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。

④証明印は職印等、公印を押印してください。

⑤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。

⑥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、入学資格並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。

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・1期間につき1枚必要です)。

⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。

⑨見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。