

5-2 実務経験(見込)証明書(個票)

*受付

*No.

日本福祉教育専門学校

* 学校記入欄

校長 大谷 修 殿

フリガナ		生年月日(年齢)
氏名		昭和 年 月 日生 平成 満 歳
所属	都道府県 市区町村	社会福祉協議会
業務内容 (証明を受ける主たる業務内容にレ印をつけてください)	<input type="checkbox"/> 専門員(地域福祉権利擁護事業)	
	<input type="checkbox"/> 福祉活動専門員	
	<input type="checkbox"/> 高齢者を主とする相談援助業務	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者を主とする相談援助業務	
	<input type="checkbox"/> 知的障害者を主とする相談援助業務	
<input type="checkbox"/> 精神障害者を主とする相談援助業務		
<input type="checkbox"/> 児童を主とする相談援助業務		
<input type="checkbox"/> その他の要援護者()に対する相談援助業務		
<p>(1) 上記の者は、 年 月 日より当社会福祉協議会において上記の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 日より 年 月 日まで当社会福祉協議会において上記の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>社会福祉協議会代表者 _____</p> <p>社会福祉協議会所在地 _____</p>		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">職印</div>		

(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。