

5-2 実務経験（見込）証明書（個票）

日本福祉教育専門学校

校長 大谷 修 殿

* 受付

* No.

* 学校記入欄

フリガナ		生年月日及び年齢
氏名		昭和 年 月 日生 平成 満 歳
施設種類 <small>（精神障害者に対してサービスを提供する施設）</small>	職種	相談援助業務従事年月数 年 月
勤務先施設名称		
勤務先施設所在地		
<p>(1) 上記の者は、 年 月 日より当施設・機関において 精神障害者を対象とする相談援助業務に 従事している者であ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 当施設・機関において精神障害者を対象とする相談援助業務に 従事していたことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>施設・機関代表者 _____ 職印</p> <p>施設・機関所在地 _____</p>		

(注) ① 証明を受ける者の**自書は無効**です。② 「施設種類」「職種」欄は、厚生労働省が定める「**実務経験が認められる指定施設の範囲（精神障害者に対してサービスを提供する者に限る）**」および**具体的な職種に一致すること**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 現在継続して勤務している場合は(1)、かつて勤務していた場合は(2)に記入してください。

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。

⑦ 用紙不足の場合はコピーしてお使いください。

⑧ 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）。

⑨ 見込の場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。