

実務経験(見込)申告書

麻生医療福祉専門学校 福岡校
学 校 長 殿

申告者 氏 名 _____ (印)
(出願者) 〒□□□□-□□□□

現住所 _____
TEL () _____

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、所属長等の証明書を添えて、申告します。

西暦 年 月 日

施設(事業)等種類	職種	コード	期 間	証明権者
1			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
2			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
3			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
4			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
5			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
6			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	

(注) 1. 上記の記載内容は、「実務経験(見込)証明書」の記載内容と一致することが必要です。

2. 施設種類及び職種は、実務経験範囲一覧(精神保健福祉士:P33～35)に記載された通りに記入してください。

勤務先等での任意の職種は認められません。

3. 申告内容を訂正する場合は、申告者の印を押印してください。修正テープ等による訂正は認められません。

4. 本申告書が複数枚必要な場合は、コピーしてご使用ください。

5. 証明権者の欄は、実務経験証明書に記載された代表者名を出願者自身で記入してください。