

実務経験(見込)証明書<個票>

ふりがな		生 年 月 日
氏 名		西 暦 年 月 日 生
施設(事業)等種類		
職 種		
<p>(1)、(2)いずれかにご記入ください。</p> <p>(1) 上記の者は、西暦 年 月 日から現在まで当施設・機関において、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として<u>行っていることを証明します。</u></p> <p>(2) 上記の者は、西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで、当施設・機関において、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として<u>行っていたこと</u>を証明します。</p> <p>西暦 年 月 日</p> <p>所 在 地</p> <p>施 設 ・ 機 関 名</p> <p>(電 話 番 号)</p> <p>施 設 ・ 機 関 代 表 者</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">職印</div>		

(注) 1. 施設種別及び職種は、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。

2. 証明内容を訂正する場合は、証明権者の職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。

3. 本証明書が複数枚必要な場合は、コピーしてご使用ください。