受験番号	
受付日	年　月　日

実務経験証明書 ＜個票＞

フリガナ		生年月日（年齢）
氏　名		昭和 平成　年　月　日生 （　歳）
【施設種別】※裏面（注2）参照		【相談援助業務従事年月数】 年　月

（１）上記の者は、　年　月　日から当病院･施設･機関において勤務し、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を主たる業務として行っている（平成２９年３月３１日まで勤務する見込である）ことを証明します。

（２）上記の者は、　年　月　日から　年　月　日まで当病院・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主たる業務として行っていたことを証明します。

平成　年　月　日

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病身･施設･機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設･機関代表者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＜公印＞

（注）1.　職種の記入は、PSW（精神科ソーシャルワーカー、精神医学ソーシャルワーカー）または精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う職員であること。

2.　一　精神科病院

二　市役所、区役所又は町村役場（精神障害者（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）第四条第一項に規定する精神障害者をいう。以下同じ。）に対してサービスを提供する部署に限る。）

三　地域保健法（昭和二十二年法律第百一号）に規定する保健所又は市町村保健センター

四　児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に規定する障害児通所支援事業（児童発達支援又は放課後等デイサービスを行うものに限る。）を行う施設、乳児院、児童相談所、母子生活支援施設、児童養護施設、福祉型障害児入所施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設又は児童家庭支援センター（いずれも精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

五　医療法（昭和二十三年法律第二百五号）に規定する病院又は診療所（精神病床を有するもの又は精神科若しくは心療内科を広告しているものに限る。）

六　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）に規定する精神保健福祉センター

七　生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）に規定する救護施設又は更正施設（いずれも精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

八　社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）に規定する福祉に関する事務所（精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

九　知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）に規定する知的障害者更生相談所（精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

十　障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第百二十三号）に規定する広域障害者職業センター、地域障害者職業センター又は障害者就業･生活支援センター（いずれも精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

十一　法務省設置法（平成十一年法律第九十三号）に規定する保護観察所又は更生保護事業法（平成七年法律第八十六号）に規定する更正保護施設（精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

十二　ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（平成十四年法律第百五号）に規定するホームレス自立支援事業を実施する施設（精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

十三　発達障害者支援法（平成十六年法律第百六十七号）に規定する発達障害者支援センター（精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

十四　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービス事業（生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援又は協同生活援助を行うものに限る。）、一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う施設、障害者支援施設、地域活動支援センター又は福祉ホーム（いずれも精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

十五　前各号に掲げる施設に準ずる施設として厚生労働大臣が定める施設（精神障害者に対してサービスを提供するものに限る。）

3.　証明内容を訂正した場合は、証明者の訂正印を押してください。修正液による訂正は認められません。