

受験番号

受付日

年 月 日

実務経験申告書

年 月 日

学校法人 滋慶コミュニケーションアート

京都医健専門学校

学校長 小林 哲夫 殿

申告者住所

申告者氏名

印

私の [社会福祉 精神保健福祉] に関する相談援助の実務経験は、

※どちらかにチェック

[社会福祉 精神保健福祉] 試験受験資格に係る指定施設における相談援助の

※どちらかにチェック

実務経験に該当すると思われるので、申告いたします。

所属していた（している） 施設名	事業名	就業期間	常勤・非常勤 区分	業務内容
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		