⑤ **〈社会福祉科・精神保健福祉科 兼用〉**

| 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　藤田　裕之　殿

申告者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申告者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

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）法人名／施設名 | 施設・機関種別 | 就業期間 | 常勤・非常勤区分※ | 職種 |
|---|---|---|---|---|
| | | 年　月　日<br>～<br>年　月　日 | | |
| | | 年　月　日<br>～<br>年　月　日 | | |
| | | 年　月　日<br>～<br>年　月　日 | | |
| | | 年　月　日<br>～<br>年　月　日 | | |
| | | 年　月　日<br>～<br>年　月　日 | | |

※非常勤の場合は、労働時間が当該施設・機関等における常勤者のおおむね4分の3以上の方に限ります