⑥

〈社会福祉科用〉
地域保健法・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等に基づく施設等の職員用

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
本人氏名		西暦 年　月　日生

該当項目に √ 印を付けてください。

施設種類	職種
□ 保健所 □ 精神保健福祉センター	□ 精神保健福祉相談員 □ 精神保健福祉士 □ 精神科ソーシャルワーカー □ 心理判定員
□ 精神障害者生活訓練施設 □ 精神障害者授産施設 □ 精神障害者福祉工場	□ 精神保健福祉士 □ 精神障害者社会復帰指導員
□ 精神障害者福祉ホーム	□ 管理人

勤務形態	□ 常勤　□ 非常勤	※非常勤の場合は、労働時間が該当事業所・機関等における常勤職員のおおむね4分の3以上の方に限ります。

（1）上記の者は、　　年　　月　　日より当施設・機関において上記の業務を行う職員として勤務している者であることを証明します。

（2）上記の者は、　　年　　月　　日より　　年　　月　　日まで当施設・機関において上記の業務を行う職員として勤務していたことを証明します。

年　　月　　日

所　在　地

法　人　名

施設･機関名

（電話番号）

施設･機関代表者名　　＜公印＞

（注）1　証明された内容について、虚偽又は不正が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士法」第 32 条の規定により社会福祉士登録の取り消しとなりますので、ご注意ください。
3　**この実務経験証明書＜個票＞は、証明権者である施設・機関の代表者の方にご記入をご依頼ください。**
4　証明内容を訂正した場合は、証明者の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。
5　本証明書＜個票＞が複数枚必要な場合は、コピーをしてご使用ください。
6　実務経験証明書＜個票＞は、提出日より３ヵ月以内のものに限ります。