⑥

〈社会福祉科用〉
社会福祉協議会職員用

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
所属	都道府県 市区町村　社会福祉協議会	
業務内容 （証明を受ける主たる業務に√印を付けてください）	□ 専門員［日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）を行っている職員］ □ 福祉活動専門員 □ 相談援助業務を行っている専任の職員 □ 高齢者を主とする相談援助業務 □ 身体障害者を主とする相談援助業務 □ 知的障害者を主とする相談援助業務 □ 精神障害者を主とする相談援助業務 □ 児童を主とする相談援助業務 □ その他の要援護者（　　）に対する相談援助業務	
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　日より当社会福祉協議会において上記の業務を行う専任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　日まで当社会福祉協議会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

社会福祉協議会名

（電話番号）

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。