⑥ **精神保健福祉科用**

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（年齢）
氏　名		西暦　年　月　日生 （　歳）
【施設種別】		【相談援助業務従事年月数】 年　月
【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（　年　月　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。

年　月　日

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設・期間名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設･機関代表者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＜公印＞

（注）1　施設種別については、省令等により該当する内容を正確にご記入ください。表記通りにご記入されていない場合は、入学選考の対象にできない場合があります。施設種別には、入所・通所別もご記入ください。
詳しくは「財団法人社会福祉振興・試験センター」ホームページ http://www.sssc.or.jp/seishin/shikaku/route.html をご参照ください。
2　**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。**
3　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、精神保健福祉士登録の取り消しとなりますので、ご注意ください。
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。