⑥

〈社会福祉科用〉
医療機関職員用

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
医療機関種類		
職種（名）		
業務内容 （アからエまでのすべての相談援助業務を行っていることが必要です）	ア　患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 イ　患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 ウ　患者の社会復帰に係る相談援助 エ　以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動	

（1）上記の者は、　年　月　日より当医療機関において上記アからエまでの援助業務を専任で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　日まで当医療機関において上記アからエまでの援助業務を専任で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

医療機関名

（電話番号）

医療機関代表者名　　＜公印＞

（注）1　施設種類及び職種については、省令等により該当する職種を正確にご記入ください。表記どお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。施設種類には、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/shakai/shikaku/route.html をご参照ください。
2　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。