

〈社会福祉科用〉  
施設(事業所)職員・その他用

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
職 種		

(1) 上記の者は、 年 月 日より当施設・機関におい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・機関において勤務していたことを証明します。

年 月 日

所在地

施設種類

施設・機関名

(電話番号)

施設・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。