

2024年度生 精神保健福祉士通信科  
実務経験(見込)証明書(個票)学校法人 西田学園  
アルファ医療福祉専門学校 学校長 殿

出願者本人が記入	フリガナ	生年月日(年齢)				
	氏名	西暦	年	月	日生	
	(満 歳)					
	上記の者は、以下のとおり、当施設・機関において、*常勤とし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なっている(または行っていた)ことを証明します。					
	*常勤:当該施設設置者と雇用関係を有し、労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む。					
	施設・機関名 ※法人名や本社名のみならず、 施設名や事業所名までご記入ください。					
施設種類 (注①)				職種コード (注①)		
職種 (注①)				精		
従業期間 記入していただく どちらか一方を	現在もお勤めの場合	西暦	年	月	日	から現在(証明書作成日)まで
	過去にお勤めの場合	西暦	年	月	日	から 年 月 日まで

証明権者(施設・事業所)が記入	(被証明者の自書無効。施設・事業所が記入すること)					
	(証明書作成日)	西暦	年	月	日	被証明者による 自書無効
	(施設・機関所在地)	〒				
	(施設・機関名)					
(代表者) 役職	氏名			公印 (個人印不可)		

(注)①「施設種類」「職種」「職種コード」欄は「相談援助業務の実務経験(指定施設・職種)一覧」(本冊子21ページ参照)

- より、該当するものを記入してください。
- 証明権者記載欄のみ、証明を受ける者の自署は無効となります。
  - 記入内容を訂正する場合は、すべての項目において証明権者の公印と二重線にて訂正してください。修正液や修正テープは使用しないでください。
  - 同一法人・事業所内で同一施設種類・職種の場合作業がある場合は、休職前までの従業期間を「過去にお勤めの場合」、復職後の従業期間を「現在もお勤めの場合」に記載ください。
  - 用紙が不足する場合は、本用紙をコピーしてご利用ください。
  - 本証明に虚偽や錯誤による証明があった場合は、入学資格ならびに国家試験受験資格および登録が取り消される場合がございます。
  - 必ず本状は原本をご提出ください(原本のコピー提出不可)。
  - 内容の確認のため、弊社より証明権者様宛に在籍確認をさせて頂く場合がございます。

記入例はこちら

