

「実務経験（見込）証明書（個票）」記入例

1	2024年度生 社会福祉士通信科 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		
2	フリガナ	マチダ ハナコ	生年月日（年齢）
	氏名	町田 花子	西暦 1984 年 7 月 20 日生 （満 歳）
3	上記の者は、以下のとおり、当施設・機関において、*常勤として勤務している（またはしていた） 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 <small>※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。</small>	社会福祉法人アルファ会 アルファ地域包括支援センター	
4	施設種類 <small>（注①）</small>	地域包括支援センター	職種コード <small>（注①）</small>
	職種 <small>（注①）</small>	包括的支援事業に係る 業務を行なう職員	社 1 0 7
5	※病院・診療所の「相談員（社304）」の実務経験を証明される方へ 該当職種に記載されているア・イ・ウ・エのすべての内容の業務を行なっていることが必要です。 必ず当該の内容をご確認のうえ、実務経験証明書を作成してください。		
	就業期間 <small>就業期間</small>	現在もお勤めの場合	西暦 2015 年 4 月 1 日から現在（証明書作成日）まで
6	過去にお勤めの場合	西暦 年 月 日から 年 月 日まで	
	（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 2024 年 9 月 2 日	被証明者による 自書無効
（施設・機関所在地）		〒 194-0022 東京都町田市森野〇ー〇	理 ア 社 事 ル 会 長 フ 福 公 祉 印 士 （個人印不納 印 会 人
（施設・機関名）		社会福祉法人アルファ会 アルファ地域包括支援センター	
（代表者） 役職		理事長 氏名 田中 太郎	

■記入上の留意点：記入例を参考にご記入下さい。

①記入・訂正

記入時は黒のボールペンでご記入ください。証明権者記載欄は、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。

②施設・機関名

正規の施設名・機関名（事業所名）でご記入ください。名称を省略、または機関名まで記入がないものは認められません。

③施設種類・職種・職種コード

「相談援助業務の実務経験（指定施設・職種）一覧」に一致する「施設種類」「職種」「職種コード」をご記入下さい。それ以外の名称や省略した名称は認められません。

④就業期間

「現在も上記職種で勤務している場合」もしくは「過去に上記職種で勤務していた場合」のいずれか一つのみご記入ください。

⑤同じ法人内の複数の施設にお勤めの場合

勤務した職種・機関ごとに実務経験（見込）証明書をご提出ください。

⑥代表者役職・氏名、押印（公印）

代表者は、施設長や法人の代表者（理事長等）の名前をご記入ください。施設長が入学申込者本人の場合は、法人の代表者（理事長等）が証明してください。証明印は必ず公印を押印下さい。電子印・個人印・スタンプ・ゴム印（住所等が記載された社判）は認められません。