

※志望される学科にチェックをいれてください。

- 精神保健福祉士科
- 社会福祉士科

# 実務経験申告書

西暦 年 月 日

神戸医療福祉専門学校中央校  
校長様

申告者

住所

氏名

印

私の [ 精神保健福祉士に関する相談援助(精神保健福祉士科) ]  
[ 社会福祉相談援助(社会福祉士科) ] に関する実務経験は、  
次のとおりですので、実務経験証明書(個票)を添えて、申告いたします。

所属していた(している)機関・施設等	職種	就業期間	証明権者 (職名・氏名)
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	

※証明権者は、機関・施設の代表者です。