

※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

実務経験証明書（個票）

フリガナ		生年月日（年齢）
氏名		西暦 年 月 日 (歳)
【施設種別】		【相談援助業務従事年月数】 年 月
<p>(1) 上記の者は、 年 月 日から当施設・機関において勤務している (2027年3月31日まで勤務する見込である)ことを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は、 年 月 日から 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。</p> <p>西暦 年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>法人名 _____</p> <p>施設・機関名 _____</p> <p>(電話番号) _____</p> <p>施設・機関代表者 _____ 公印</p>		