

社会福祉士科  
施設・事業所職員用

## 実務経験（見込）証明書（個票）

学校法人藤仁館学園

専門学校高崎福祉医療カレッジ学校長 殿

年 月 日

|   |   |          |       |      |
|---|---|----------|-------|------|
| フリガナ  |   | 生年月日     |       |      |
| 本人氏名  |   | 昭和<br>平成 | 年 月 日 | ( 歳) |
| 施設種類  |   | 職種       |       |      |
| <p>(1) 上記の者は(西暦) 年 月 日から現在まで当施設・機関において上記の業務を行う職員として勤務していることを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は(西暦) 年 月 日から(西暦) 年 月 日まで当施設・機関において上記の業務を行う職員として勤務していたことを証明します。</p> |   |          |       |      |
| 証 明 日 :   | 年 月 日                                       |          |       |      |
| 所 在 地 :   | _____                                       |          |       |      |
| 法 人 名 :   | _____                                       |          |       |      |
| 施設・事業所名 :   | _____                                       |          |       |      |
| 代 表 者 名 :   | _____ <span style="float: right;">公印</span> |          |       |      |

(注1) 上記の記載内容は、実務経験申告書の記載内容と一致することが必要です。

(注2) 記載内容を訂正した場合は、二重線を引き、その上に証明者の印を押印してください。

(注3) 本証明書が複数必要な場合はコピーをしてご使用ください。また、見込みにて出願の場合には  
従事期間を満たした後、改めて「実務経験(見込)証明書(個票)」をご提出ください。

## (様式6)

社会福祉士科  
医療機関職員用

## 実務経験（見込）証明書（個票）

学校法人藤仁館学園

専門学校高崎福祉医療カレッジ学校長 殿

年 月 日

|  |   |          |                                       |
|--|---|----------|---------------------------------------|
| フリガナ   |   | 生年月日     |                                       |
| 本人氏名   |   | 昭和<br>平成 | 年 月 日 ( 歳)                            |
| 職種名  |   | 施設種類     |                                       |
| 業務内容   | 次のア～エの業務をすべて行っている職員であること（退院後生活環境相談員以外の場合）       |          | <input checked="" type="checkbox"/> 欄 |
|  | ア 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助                         |          |                                       |
|  | イ 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助                  |          |                                       |
|  | ウ 患者の社会復帰に係る相談援助                                |          |                                       |
|  | エ 以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携の活動 |          |                                       |
| (1) 上記の者は(西暦) 年 月 日から現在まで当医療機関において上記の相談援助業務を行う職員として勤務していることを証明します。               |   |          |                                       |
| (2) 上記の者は(西暦) 年 月 日から(西暦) 年 月 日まで当医療機関において上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明します。 |   |          |                                       |
| 証 明 日 : 年 月 日  |   |          |                                       |
| 所 在 地 : _____  |   |          |                                       |
| 法 人 名 : _____  |   |          |                                       |
| 施 設 ・ 事 業 所 名 : _____  |   |          |                                       |
| 代 表 者 名 : _____ <span style="float: right;">公印</span>                            |   |          |                                       |

(注1) 上記の記載内容は、実務経験申告書の記載内容と一致することが必要です。

(注2) 記載内容を訂正した場合は、二重線を引き、その上に証明者の印を押印してください。

(注3) 本証明書が複数必要な場合はコピーをしてご使用ください。また、見込にて出願の場合には  
従事期間を満たした後、改めて「実務経験(見込)証明書(個票)」をご提出ください。

(様式7)

※学校使用欄

社会福祉士科  
社会福祉協議会職員用

※社会福祉協議会が運営する施設・事業所にお勤めの場合は(様式5)をお使い下さい。

実務経験(見込)証明書(個票)

学校法人藤仁館学園

専門学校高崎福祉医療カレッジ学校長 殿

年 月 日

|   |   |  |   |      |
|---|---|--|---|------|
| フリガナ  |   | 生年月日   |   |      |
| 本人氏名  |   | 昭和<br>平成                                       | 年 月 日                                     | ( 歳) |
| 所属先   | ( ) 社会福祉協議会   |  |   |      |
| 業務内容  | 職種名 ※該当する業務内容に☑を入れてください   |  |   |      |
|   | <input type="checkbox"/> 専門員(都道府県社会福祉協議会 日常生活自立支援事業) ※旧地域福祉権利擁護事業 |  |   |      |
|   | <input type="checkbox"/> 福祉活動専門員                                  |  |   |      |
|   | <input type="checkbox"/> 高齢者を主とする相談援助業務                           |  | <input type="checkbox"/> 身体障害者を主とする相談援助業務 |      |
|   | <input type="checkbox"/> 知的障害者を主とする相談援助業務                         |  | <input type="checkbox"/> 精神障害者を主とする相談援助業務 |      |
| <input type="checkbox"/> 児童を主とする相談援助業務                                    |   | <input type="checkbox"/> その他要援護者( ) に対する相談援助業務 |   |      |
| (1) 上記の者は(西暦) 年 月 日から現在まで当社会福祉協議会において上記の業務を行う職員として勤務していることを証明します。         |   |  |   |      |
| (2) 上記の者は(西暦) 年 月 日から(西暦) 年 月 日まで当社会福祉協議会において上記の業務を行う職員として勤務していたことを証明します。 |   |  |   |      |
| 証 明 日 : 年 月 日   |   |  |   |      |
| 所 在 地 : _____   |   |  |   |      |
| 法 人 名 : _____   |   |  |   |      |
| 施設・事業所名 : _____   |   |  |   |      |
| 代 表 者 名 : _____ <span style="float: right;">公印</span>                     |   |  |   |      |

(注1) 上記の記載内容は、実務経験申告書の記載内容と一致することが必要です。

(注2) 記載内容を訂正した場合は、二重線を引き、その上に証明者の印を押印してください。

(注3) 本証明書が複数必要な場合はコピーをしてご使用ください。また、見込みにて出願の場合には  
従事期間を満たした後、改めて「実務経験(見込)証明書(個票)」をご提出ください。

(様式8)

※学校使用欄

精神保健福祉士科  
医療機関・施設（事業所）職員用

## 実務経験（見込）証明書（個票）

学校法人藤仁館学園

専門学校高崎福祉医療カレッジ学校長 殿

年 月 日

|  |  |          |       |      |
|--|--|----------|-------|------|
| フリガナ   |  | 生年月日     |       |      |
| 本人氏名   |  | 昭和<br>平成 | 年 月 日 | ( 歳) |
| 施設種類   |  | 職種       |       |      |
| (1) 上記の者は(西暦) 年 月 日から現在まで当施設・機関において、上記の業務を行う職員として勤務していることを証明します。         |  |          |       |      |
| (2) 上記の者は(西暦) 年 月 日から(西暦) 年 月 日まで当施設・機関において、上記の業務を行う職員として勤務していたことを証明します。 |  |          |       |      |
| 証 明 日 : 年 月 日  |  |          |       |      |
| 所 在 地 : _____  |  |          |       |      |
| 法 人 名 : _____  |  |          |       |      |
| 施設・事業所名 : _____  |  |          |       |      |
| 代 表 者 名 : _____ <span style="float: right;">公印</span>                    |  |          |       |      |

(注1) 上記の記載内容は、実務経験申告書の記載内容と一致することが必要です。

(注2) 記載内容を訂正した場合は、二重線を引き、その上に証明者の印を押印してください。

(注3) 本証明書が複数必要な場合はコピーをしてご使用ください。また、見込みにて出願の場合には  
従事期間を満たした後、改めて「実務経験(見込)証明書(個票)」をご提出ください。