

施設（事業所）職員用

実務経験証明書 〈個票〉

学校法人 熊本YMCA学園
専修学校 熊本YMCA学院
学院長 岡 成 也 様

フリガナ					
氏 名					
一覧表の 該当番号		施設 種別		職種	
相談援助業務従事年月数			年	ヵ月	
(1) 上記のものは、 年 月 日より当施設・機関において上記の職種にて現在まで勤務しているものであることを証明します。					
(2) 上記のものは、 年 月 日より 年 月 日 (年 ヵ月) まで上記の職種にて当施設・機関において勤務していたことを証明します。					
年 月 日					
所在地 _____					
施設・機関名 _____					
電話番号 _____					
施設・機関代表者 _____					公 印

- 〔注〕
- 本証明書は、出願者の所属する（あるいは所属していた）施設・機関の「証明権者」により記載・証明されている必要があります。（自筆不可）
 - 「証明権者」とは、出願者が所属する（あるいは所属していた）施設・機関の長にある方を指します。
 - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。
 - この用紙を複数使用するときは、コピーをしてからご使用ください。
 - 「施設種別」「職種」は、「実習免除指定施設及び職種について（一覧表）」（P8～12）に記載されたものと一致する必要があります。
 - 「一覧表の該当番号」は「実習免除指定施設及び職種について（一覧表）」（P8～12）に記載されている番号を記入してください。