

医療機関職員用
(医療ソーシャルワーカー用)

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			
施設種別	病院及び診療所	職 種	相談援助業務を行っている専任の職員
業務内容①から④までの業務をすべて行っていることが必要です。	① 患者の経済的問題の解決、調整に係わる相談援助 ② 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係わる相談援助 ③ 患者の退院に当たっての社会復帰の相談援助 ④ 以上の相談援助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等の活動		
相談援助業務従事年月数	年	カ月	
(1) 上記のものは、 年 月 日より当医療機関において現在まで勤務し上記①から④までの相談援助業務を専任で行う職員として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 カ月) まで当医療機関において上記①から④までの相談援助業務を専任で行う職員として勤務していたことを証明します。			
年 月 日			
所在地	_____		
医療機関名	_____		
電話番号	_____		
医療機関代表者	_____		公 印 _____

- 〈注〉
1. 本証明書は、出願者の所属する（あるいは所属していた）医療機関の「証明権者」により、記載・証明されている必要があります。証明を受ける方（出願者）の自書は無効となります。
 2. 「証明権者」とは、出願者が所属する（あるいは所属していた）医療機関の長にあたる方を指します。
 3. 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。
 4. 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。