

施設(事業所)・機関職員用

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 殿

フリガナ					
氏名					
一覧表の 該当番号		施設 種別		職種	
従事状況	(1)	年	月	日から現在まで上記の職種で勤務している	
	(2)	年	月	日から	年 月 日まで上記の職種で勤務
相談援助業務従事年月数	年 カ月				
上記の者は、当施設・機関に勤務し、精神保健福祉士国家試験の受験資格に係る「精神障がい者の社会復帰に関する相談援助を主たる業務として行っている」実務経験を有することを証明します。					
年 月 日					
所在地	_____				
法人名	_____				
施設・機関名	_____				
電話番号	_____				
施設・機関代表者	_____ 公印				

<記入上の注意点>

1. 本証明書は、出願者の勤務している(勤務していた)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。(出願者本人の自筆は不可)
2. 証明権者は、出願者が勤務している(勤務していた)施設・機関の長にある方を指します。
3. 「施設種別」及び「職種」は、「実習免除指定施設及び職種について」(P11～P13)の一覧表に記載されたものと一致する必要があります。
4. 「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」(P11～P13)の一覧表に記載されている番号を記入してください。
5. 入学資格要件が「福祉系2年制・福祉系3年制短期大学等+実務経験」の場合は、短期大学等卒業後の実務経験に限ります。
6. 相談援助業務としての従事期間は、当該施設・機関等と雇用関係を有し、常勤(労働時間が常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む)で従事した期間を通算して計算してください。
7. 証明内容を修正した場合は、証明権者の職印を押印してください。修正液等による修正は認められません。
8. 本証明書に記載された内容(施設種別・職種等)が事実と異なっている場合は、本通信課程を修了しても国家試験の受験資格を得られなかったり、国家資格の資格取得後に資格を取り消される場合があります。十分に注意してください。
9. この用紙を複数使用する時は、コピーしてお使いください。