

學院長 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) 上記の者は、 年 月 日から現在まで当施設・機関において、 上記の職種で勤務している職員であることを証明します。			
	(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、上記の職種で勤務していた職員であることを証明します。			
相談援助業務従事年月数		年 か月		
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		

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」とは、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」(P.10～P.16)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」(P.10～P.16)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「2年制・3年制短期大学等＋相談援助業務の実務経験」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記入してください。
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。