

実務経験証明書〈個票〉

フリガナ			
氏 名			
施設種別	※いずれかに○をつけてください。		
		病 院	
		診療所	
職 種	※いずれかに○をつけてください。		
		次のアからエまでのすべての相談援助業務を行っている職員 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等の活動	
		退院後生活環境相談員	
(1) 上記の者は、 年 月 日より現在まで、当医療機関において、上記の 職種として勤務している者であることを証明します。			
(2) 上記の者は、 年 月 日より 年 月 日 (年 ヶ月) まで、当医療機関において、上記の職種として勤務していた者である ことを証明します。 年 月 日			
所 在 地			
法 人 名			
医療機関名			
電 話 番 号			
医療機関代表者	公 印		

1. 本証明書は、出願者の勤務している（勤務していた）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）の自筆は無効となります。
2. 「証明権者」とは、出願者が勤務している（勤務していた）医療機関の長にあたる方を指します。
3. 相談援助業務としての従事期間は、当該医療機関と雇用契約を有し、常勤（労働時間が当該医療機関の常勤者の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。
4. 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。修正液による修正は認められません。
5. 本証明書に記載された内容（施設種別・職種・期間等）が事実と異なっている場合は、本通信課程を修了していても国家試験の受験資格を得られなかったり、国家資格取得後に資格を取り消される場合がありますので、十分に注意してください。
6. この用紙を複数使用する時は、コピーして使用してください。足し書きはしないでください。