

実務経験証明書

学校法人三幸学園 東京未来大学福祉保育専門学校

学校長 殿

フリガナ	生 年 月 日	
本人氏名	西暦 年 月 日生	
医療機関種類 (法令上の施設種類)	病院 ・ 診療所 (該当種類を○で囲むこと。)	
勤務先医療機関 所在地		
勤務先医療機関 名 称		
職 種 (法令上の職種名) 該当職種を○で囲む こと。 募集要項P41を参照	1. 相談員 (医療ソーシャルワーカー等) アからエまでの相談援助業務をすべて行っていることが必要です。 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 2. 退院後生活環境相談員	
以下の(1)、(2)いずれかにご記入ください。 (1) 上記の者は、西暦 年 月 日より当医療機関において上記アからエまでの相談援助業務 を行う職員として勤務していることを証明します。 (2) 上記の者は、西暦 年 月 日より 西暦 年 月 日まで、当医療機関に おいて上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明します。 証明日：西暦 年 月 日		
証明 権 者	施設・機関所在地	
	施設・機関名	
	施設・機関代表者	公印

- (注) 1 募集要項P41に記載されている施設種類及び職種の表記どおりにご記入ください。表記どおりにご記入されていない場合は、入学選考の対象にできない場合があります。施設種類には、入所・通所の別もご記入ください。
- 2 福祉に関する相談援助の業務に従事した期間は、募集要項P41に記載されている「指定施設における相談援助業務の範囲」の当該施設または事業所と雇用関係を有し常勤（労働時間が当該施設の常勤者の概ね4分の3以上であるものを含む）で従事した期間を通算として計算するものとする。
- 3 証明された内容について、虚偽または不正が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士」第32条の規定により社会福祉士登録の取り消しとなりますので、ご注意ください。
- 4 この実務経験証明書は、証明権者である施設・機関の代表者の方にご記入をご依頼ください。
- 5 証明内容を訂正した場合には、証明者の印（公印）を押印ください。修正液等での訂正は認められません。
- 6 パソコン作成は禁止です。必ず手書きでご記入ください。
- 7 ご記入の際には、黒またはブルーブラックのボールペンでご記入ください。（消えるペン・鉛筆の使用は禁止です。）
- 8 本証明書が複数枚必要な場合は、コピーしてご使用ください。
- 9 実務経験証明書は、願書提出日より3か月以内のものに限ります。

※ご記入いただいた個人情報は、学校法人三幸学園の学生管理の目的以外で使用いたしません。