

実務経験証明書

武蔵野大学学長 殿

《証明を受ける者》

平成 年 月 日作成

フリガナ	生年月日
氏名	(西暦) 19 年 月 日

【記入上の注意事項】

- ・訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印（証明印）で訂正してください。修正液による修正は無効です。
- ・記載事項の虚偽等が判明した場合、実習免除が取り消されます。これにより社会福祉士国家試験が無効となった場合には、大学はその責任を負いかねます。
- ・「施設・事業種類」「医療機関の種類」「職種」欄に記載する各名称は、本学ホームページに掲載している『〈参考資料〉指定施設における相談援助業務の範囲(PDF)』に記載されている名称を省略せずにそのまま転記してください。省略したり異なる名称を記載した場合は不備となり、受理できません。名称が長い場合は欄外にはみ出して記入してかまいません。

施設・事業所・機関職員	施設・事業種類		職種	
	施設・事業所名			
以下(1)・(2)いずれかにご記入ください。 (1)上記の者は、昭和・平成 年 月 日より現在に至るまで、当施設・事業所・機関において相談援助の業務に従事していることを証明します。 (2)上記の者は、昭和・平成 年 月 日より 昭和・平成 年 月 日(年 ヲ月)まで、当施設・事業所・機関において相談援助の業務に従事したことを証明します。				
病院・診療所職員	医療機関の種類	病院 ・ 診療所	職種	相談員 (医療ソーシャルワーカー等) 相談援助を行っている専任の職員
	業務内容 (アからエまでの業務を全ておこな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 以上の相談援助を行うために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などの活動			
以下(1)・(2)いずれかにご記入ください。 (1)上記の者は、昭和・平成 年 月 日より現在に至るまで、当病院・診療所において 専任で 上記アからエまでの相談援助の業務に従事していることを証明します。 (2)上記の者は、昭和・平成 年 月 日より 昭和・平成 年 月 日(年 ヲ月)まで、当病院・診療所において 専任で 上記アからエまでの相談援助の業務に従事したことを証明します。				
市(区)町村社会福祉協議会	事業種類	市(区)町村社会福祉協議会	職種	
	業務内容	主として高齢者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、児童その他の要援護者に対する相談援助業務		
	以下(1)・(2)いずれかにご記入ください。 (1)上記の者は、昭和・平成 年 月 日より現在に至るまで、当社会福祉協議会において 専任で 上記の相談援助の業務に従事していることを証明します。 (2)上記の者は、昭和・平成 年 月 日より 昭和・平成 年 月 日(年 ヲ月)まで、当社会福祉協議会において 専任で 相談援助の業務に従事したことを証明します。			

《証明者》

所在地	〒 -
法人名	
施設・機関の種別	
施設・事業所・機関等の名称	
代表者または証明権者(役職・氏名)	[証明印]