

実務経験証明書

武蔵野大学学長 殿

(証明書作成日) 西暦

年

月

日

証明を受ける者	フリガナ				生年月日				
	氏名				西暦	年	月	日	
施設・事業所・機関職員	上記の者は、以下のとおり社会福祉士国家試験の受験資格に係る相談援助の業務に従事した(従事する見込みである)ことを証明します。								
	施設・事業所・機関の名称								
	施設(事業)等種類 ※				施設・職種コード ※				
	職種 ※								
	従業期間 いずれかに ☑	西暦	年	月	日	から			
	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> まで (見込みを含む)	<input type="checkbox"/> 現在に至る			
病院・診療所職員	上記の者は、以下のとおり当病院・診療所において、下記アからエまでの社会福祉士国家試験の受験資格に係る相談援助の業務に従事した(従事する見込みである)ことを証明します。 業務内容: 退院後生活環境相談員以外の相談員の方は、次のアからエまでの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								
	医療機関の名称								
	医療機関の種類 いずれかに ☑	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所	施設・職種コード ※					
	職種 ※								
	従業期間 いずれかに ☑	西暦	年	月	日	から			
	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> まで (見込みを含む)	<input type="checkbox"/> 現在に至る			
市(区)町村 社会福祉協議会職員	上記の者は、以下のとおり当社会福祉協議会において、下記の内容の社会福祉士国家試験の受験資格に係る相談援助の業務に従事した(従事する見込みである)ことを証明します。 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								
	社会福祉協議会の名称								
	施設(事業)等種類	市(区)町村社会福祉協議会			施設・職種コード ※				
	職種 ※								
証明権者	法人名								
	所在地	〒							職印
	代表者	役職			氏名				

(注)

- ※印欄に記載する名称・コードは、本学ホームページ掲載の『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・コードを省略せずにそのまま転記してください。
- 記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。修正液等で訂正したものは、証明書として無効となります。
- 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。