

## 実務経験証明書(社会福祉士用)

本証明書は、職場の方が記入してください。

日本医療大学 学長 殿

発行日 (西暦) 年 月 日

法人の名称			法人格コード
所在地			.....
電話番号	( ) -		職印
代表者	役職	氏名	
証明書作成者	所属・役職等	氏名	認印

次の者は、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。

フリガナ			性別	生年月日
氏名	姓	名	男・女 (西暦)	年 月 日

該当する箇所をご記入ください。

病院・診療所職員用	医療機関の名称							
	医療機関種類 ※該当種類に○をつけてください。		病院	診療所				
	職 種				施設・職種コード			
					1	5	2	
	職 種 (法令上の種類)	1521	相談員(医療ソーシャルワーカー等) 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					
	1522	退院後生活環境相談員						
従業期間	(西暦)	年	月	日	から			
計	(西暦)	年	月	日	まで			

市(区)町村社会福祉協議会職員用	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					
	職 種				施設・職種コード			
					2	6	3	
	職 種 (法令上の種類)	2631	福祉活動専門員					
	2632	主として高齢者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、児童その他要援助者に対する相談援助業務を行っている職員						
従業期間	(西暦)	年	月	日	から			
計	(西暦)	年	月	日	まで			

その他施設・事業所・機関職員用	施設・事業所・機関の名称							
	施設(事業)等種類							
	職 種				施設・職種コード			
	従業期間	(西暦)	年	月	日	から		
計	(西暦)	年	月	日	まで			