

# 実務経験（見込）証明書

次の者は、以下のとおり、（社会福祉士/精神保健福祉士）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。 ※該当するものにチェック☑してください。

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		昭和 平成 年 月 日
施設・事業所・ 機関等の名称		
施設（事業）等 種類		
職 種		
従 業 機 関	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 から
	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 まで
	受験申し込み時に受験に必要な従業期間（3年制短大等卒業者：1年以上、2年制短大等卒業者：2年以上）に満たない者は、必要な従業期間を満たす見込みの日までを記入してください。	

令和 年 月 日

所在地

法人等名称

代表者役職  
氏名



（ 証明書作成者  
所属・役職等  
氏名 ）