

※本証明書は、実務経験を証明する**施設・機関**が記入・捺印して下さい。  
※職種は、P9～の実務経験として認められる**職種職名**を記入して下さい。  
※施設種類はP9～の**施設種類**を記入して下さい。  
※記入日の記載の無いものは無効とします。

施設(事業所)職員用

## 実務経験証明書

受理番号

※本校記入欄

学校法人 昌賢学園  
群馬社会福祉専門学校  
校長 鈴木賢二 殿

ふりがな	生年月日		
氏名	昭和 平成	年	月 日生
実務経験と認められる職種	1. 現在の職場での実務経験を証明する場合 上記の者は、 年 月 日より当施設・事業所において 指定職種にて勤務していることを証明いたします。 2. 過去の職歴から実務経験を証明したい場合 上記の者は、 年 月 日より 年 月 日 まで当施設・事業所において、指定職種にて勤務していたことを 証明いたします。  令和 年 月 日  所在地 _____  施設種類 _____  施設(事業所)名 _____  代表者名 _____ 職印 _____		

※本証明書は、実務経験を証明する**病院・診療所**が記入・捺印して下さい。  
※実務経験を証明するためには、指定業務内容の欄のア～エの全ての項目に○印が付されている必要  
があります。  
※記入日の記載の無いものは無効とします。

医療機関職員用

## 実務経験証明書

受理番号	
------	--

※本校記入欄

学校法人 昌賢学園  
群馬社会福祉専門学校  
校長 鈴木賢二 殿

ふりがな		生年月日
氏名		昭和 平成 年 月 日生
医療機関 種別	病院・診療所（該当に○）	
指定業務 内容	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 ※ア～エの業務全てを行っていることが必要	

- 現在の職場での実務経験を証明する場合  
上記の者は、 年 月 日より当医療機関において、  
指定の相談援助業務の専任職員として勤務していることを証明いたします。
- 過去の職歴から実務経験を証明する場合  
上記の者は、 年 月 日より 年 月 日まで当医療  
機関において、指定の相談援助業務の専任職員として勤務していたことを証  
明いたします。

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 職印