

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 (見込みの場合は ☑) | 西暦 | 年 | 月 | 日 | から | | |
| | 西暦 | 年 | 月 | 日 | まで | <input type="checkbox"/> | 見込み | |
| 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 (見込みの場合は ☑) | 西暦 | 年 | 月 | 日 | から | | |
| | 西暦 | 年 | 月 | 日 | まで | <input type="checkbox"/> | 見込み | |
| 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 ※ | | | | | | | |
| | 西暦 | 年 | 月 | 日 | から | | | |
| | 西暦 | 年 | 月 | 日 | まで | <input type="checkbox"/> | 見込み | |
| 証明権者 | 法人名 | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | |
| | 代表者 | 役職 | | | 氏名 | | | 職印 |
| | | | | | | | | |

- ※印欄に記載する名称・コードは、別途資料「指定施設における相談援助業務の範囲」に記載している名称・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。

本証明書は、申込者自身が作成するものではありません。

施設・事業所・機関の方へ

証明書作成時の注意事項

- (1) ※印欄に記載する名称・コードは、別途資料「指定施設における相談援助業務の範囲」に記載している名称・コードを省略せずにそのまま転記してください。
証明書の記載内容等に不備がある場合は、申し込みを受理できません。
- (2) 申し込み時(証明書作成時)に従業期間を満たさない場合は、これを満たす見込みの日までを記入した上で、「見込み」チェック欄に✓を記入してください。
実務経験証明書を見込みで作成した場合は、実習免除に必要な従業期間が満たされた時点で直ちに確定した証明書を再交付してください。
- (3) 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、証明書として無効です。
- (4) 職印を押す前に、必ず証明内容の確認をしてください。
- (5) 消せるボールペン等は使用しないでください。

「従事期間」の計算方法

雇用関係を有し常勤(労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む。)で従事した期間を通算して計算してください。

本証明書に関する問い合わせ先

武蔵野大学通信教育事務課 入学選考担当
TEL. 042-468-3481