

※別紙1は申込者本人が作成し、別紙2は施設・機関に作成いただきます。

※申告の内容について、虚偽又は不正が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士法」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけます。受講中判明した場合は受講決定取消となり、履修・出席科目は全て無効となります。

別紙 1

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください  
(消せるペンは不可)

## 実務経験(見込)申告書

(西暦) 年 月 日

社会福祉人 全国社会福祉協議会  
中央福祉学院長様

申告者  
住所  
氏名

私の相談援助に関する実務経験は、次の通りですので、所属長等の  
証明書を添えて、申告いたします。

コード	所属していた(している) 機関・施設等 (コード表の施設種類名を併記)	職 種 (コード表の通りに記入)	期 間	証明権者 ([別紙2]の 施設・機関代表者の職名と氏名)
			(西暦) 年 月 日 ～ 年 月 日	
			(西暦) 年 月 日 ～ 年 月 日	
			(西暦) 年 月 日 ～ 年 月 日	
			期間合計 年 か月	

- (注) 1. 実務経験証明書(個票)別紙2の証明事項は、上記本欄の内容と一致させてください。  
2. 職種については、22～44ページを参照のうえ、該当するコード・職種を正確に記載してください。  
3. 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、申告者の印を押印してください。  
なお、修正液による訂正や訂正印がない場合は認められません。  
4. 社会福祉主事通信課程の修了後または短期大学等卒業後の相談援助業務を記入します。  
主事修了前、短期大学等卒業前の経験はカウントできません。

※申告の内容について、虚偽又は不正が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士法」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけます。受講中判明した場合は受講決定取消となり、履修・出席科目は全て無効となります。

## 別紙 2 施設・機関職員用

この用紙の各欄に記入するときは、  
黒ボールペンを使用してください  
(消せるペンは不可)

### 実務経験（見込）証明書（個票）

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

施設・機関の所在地及び名称	〒								
代表者氏名 (役職・氏名)	証明印								
電話番号									

次の者は、以下のとおり当施設・機関において、

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。

ふりがな				生 年 月 日
氏 名				西暦 年 月 日生
施設・機関の名称				
施設(事業)等種類				コード
職 種				
従 業 期 間	(西暦) 年 月 日から			
	(西暦) 年 月 日まで			
本学院入学申込時に、入学・実習免除に必要な従業期間に満たない方は、2024年4月15日までに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（1日でも不足する場合は、入学・実習免除要件として認められません）。				
雇用形態 (いずれかに✓をつける)	<input type="checkbox"/> 常勤職員			<input type="checkbox"/> 非常勤職員
				非常勤職員の場合「別紙2-2」の非常勤就労時間証明書が必要です。

- (注) 1. 職種については、22~44ページを参照のうえ、該当するコード・職種を正確に記載してください。  
2. 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、代表者の職印（証明印）で訂正印を押してください。  
修正液での訂正、訂正印がない場合は、証明書として無効ですので注意してください。  
3. 複数の施設・機関での経験を証明する場合は本証明書（個票）は施設・機関ごとに作成ください。  
4. 社会福祉主事通信課程修了または短期大学等卒業後の相談援助業務を記入します。  
主事修了前、短期大学等卒業前の経験はカウントできません。

※申告の内容について、虚偽又は不正が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士法」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけます。受講中判明した場合は受講決定取消となり、履修・出席科目は全て無効となります。

## 別紙 2 医療機関職員用

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください  
(消せるペンは不可)

# 実務経験（見込）証明書（個票）

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

施設・機関の所在地及び名称	〒								
代表者氏名 (役職・氏名)	証明印								
電話番号									

次の者は、以下のとおり当医療機関において、専任で下記のアからエまでの

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（アからエまでのすべての相談援助業務を行っている専任の職員）

- 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

ふりがな	生 年 月 日		
氏 名	西暦	年	月 日生
医療機関の名称			
医療機関種類	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所	
職 種			
従 業 期 間	(西暦) 年 月 日から		
	(西暦) 年 月 日まで		
本学院入学申込時に、入学・実習免除に必要な従業期間に満たない方は、2024年4月15日までで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（1日でも不足する場合は、入学・実習免除要件として認められません）。			
雇 用 形 態 (いずれかに✓をつける)	<input type="checkbox"/> 常勤職員		<input type="checkbox"/> 非常勤職員
	非常勤職員の場合[別紙2-2]の非常勤就労時間証明書が必要です。		

- (注) 1. 職種については、22～44ページを参照のうえ、該当する職種を正確に記載してください。  
2. 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、代表者の職印（証明印）で訂正印を押してください。修正液での訂正、訂正印がない場合は、証明書として無効ですので注意してください。  
3. 複数の施設・機関での経験を証明する場合は本証明書（個票）は施設・機関ごとに作成ください。  
4. 社会福祉主事通信課程修了または短期大学等卒業後の相談援助業務を記入します。主事修了前、短期大学等卒業前の経験はカウントできません。

※申告の内容について、虚偽又は不正が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士法」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけます。受講中判明した場合は受講決定取消となり、履修・出席科目は全て無効となります。

## 別紙 2 社会福祉協議会職員用

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください  
(消せるペンは不可)

※ 市(区)町村社会福祉協議会が経営(運営)する施設・機関に勤務する方は、**施設・機関職員用**で実務経験の証明を受けてください。

## 実務経験(見込)証明書(個票)

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

施設・機関の所在地及び名称	〒										
代表者氏名(役職・氏名)											
電話番号											
<b>証明印</b>											

次の者は、以下のとおり当社会福祉協議会において、専任で下記の内容の

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。

ふりがな										
氏名	生 年 月 日 西暦 年 月 日生									
社会福祉協議会の名称										
施設(事業)等種類	都道府県・指定都市・市(区)町村 社会福祉協議会 (いずれかを丸で囲む)									
職 種	いずれかに✓をつけてください。									
		2	6	2	1	(日常生活自立支援事業) 専門員				
		2	6	2	2	相談援助業務を行っている職員(都道府県・指定都市社協) ☆注				
		2	6	3	1	福祉活動専門員				
従 業 期 間	(西暦) 年 月 日から									
	(西暦) 年 月 日まで									
	本学院入学申込時に、入学・実習免除に必要な従業期間に満たない方は、2024年4月15日までで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(1日でも不足する場合は、入学・実習免除要件として認められません)。									
雇 用 形 態 (いずれかに✓をつける)	<input type="checkbox"/> 非常勤職員									
	<input type="checkbox"/> 常勤職員					非常勤職員の場合「別紙2-2」の非常勤就労時間証明書が必要です。				

(注) ☆ 主として高齢者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、児童その他要援護者に対するものに限る。

- 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、代表者の職印(証明印)で訂正印を押してください。修正液での訂正、訂正印がない場合は、証明書として無効ですので注意してください。
- 複数の施設・機関での経験を証明する場合は本証明書(個票)は施設・機関ごとに作成ください。
- 社会福祉主事通信課程修了または短期大学等卒業後の相談援助業務を記入します。主事修了前、短期大学等卒業前の経験はカウントできません。

**実務経験（見込）証明書付属証明書**

**非常勤 就労時間証明書**

●別紙2で、雇用形態の欄において「非常勤」に○をつけた方は、本紙を必ず添付して提出することが必要です。

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

施設・機関の 所在地及び名称	〒 _____ - _____
代表者氏名 (役職・氏名)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;">証明印</div>
電話番号	

別紙2「実務経験(見込)」証明書における氏名  の相談援助実務を行っていた際の雇用形態は非常勤である。

その就労時間は(1)の通り就業規則・雇用契約等で定められていた。

なお、常勤職員の就労時間は、(2)の通り就業規則に定められている。

(1) 本人(非常勤雇用時)の1週間の就労時間	_____ 時間
(2) 常勤職員の1週間の就労時間	_____ 時間

**実務経験（見込）証明書付属証明書**

**主たる業務：福祉に関する相談援助の業務 証明書**

●別紙2で、職種（法令上の職種）が兼務職である場合、本紙を提出することが必要です。

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

施設・機関の 所在地及び名称	〒			-				
代表者氏名 (役職・氏名)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">証明印</div>							
電話番号								

別紙2「実務経験(見込)」証明書における氏名  について、  
 相談援助実務を行っていた際の職種は兼務職であったが、主たる業務が福祉  
 に関する相談援助の業務であることを証明します。

所属長推薦状

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

ふりがな		性別	生 年 月 日
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦 年 月 日

上記の者は、全国社会福祉協議会 中央福祉学院 社会福祉士通信課程への入学を志望しております。入学者として適当と認め推薦します。

(所属先) 勤 務 先 名			
所属長の 役 職 名			
所 属 長 氏 名			公印

推薦理由

必ず申込者より職位が上席の方の推薦となります。  
申込者が理事長・社長の場合、推薦申し込みはできず、一般申込（入学選考料5,100円を支払い、志望動機を申込フォームに記入）となります。

## 【一般申込】 入学選考料 (5,100円) 受領書送付様式

一般申込の方は、入学選考料5,100円をお支払いいただいた金融機関の受領書等を（コピー可）下記に貼付して、他の証明書類に同封し郵送ください。

ふりがな		
申込者名		
日中連絡先		平日9:30～17:30に ご連絡できる電話番号を ご記入ください。

<b>入学選考料 (5,100円) 受領書 (コピー可) 貼付欄</b>

以下のいずれかの方法によりお送りください。

① 受領書の画像を、Eメールに添付して送信

Email: [gakuin-shafukushi@shakyo.or.jp](mailto:gakuin-shafukushi@shakyo.or.jp)

② 受領書（コピー可）を本紙に貼付し、他の書類と併せて郵送