※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）	証明印
電話番号	

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		生年月日	
氏名		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。		
	□	2621	（日常生活自立支援事業）専門員
	□	2622	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
	□	2631	福祉活動専門員
	□	2632	相談援助業務を行っている職員〔市（区）町村社協〕☆注
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）	□ 常勤職員	□ 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）☆ 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。

1．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。
2．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。
3．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。