※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 3 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 (フリクションペンは不可)

生教奴段(月)3) 証明書 /4回 番 \

<u> </u>	たが浴	贺 (兄)		正巧言	<u> </u>	四示.	<u>/</u>			
				(西暦)		年	月		日
社会福祉法人 3	全国社会社	福祉協議会	主 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	月印			
電話番号		· va valis dağı	1							
証明書作成者	外属・	役職等		氏		名			認	
次の者は、以下の	のとおり当図	医療機関にお	いて、喪	美で下記	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				ます。 				
業務内容(アから工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										
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係	J・社会的問題 る相談援助	の解決、調整に			関、関係暗	は種等との	連携等	手の活動		
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係	J・社会的問題 る相談援助	の解決、調整に			関、関係暗)連携等 年	野の活動	日	
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係 エ 以上の相談援助業務	J・社会的問題 る相談援助	の解決、調整に			西暦		年			日生
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係 エ 以上の相談援助業務	J・社会的問題 る相談援助	の解決、調整に				生	年	月		日生
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係 エ 以上の相談援助業務 ふ り が な 氏 名	J・社会的問題 る相談援助	の解決、調整に地域における保				生年	年	月		<u></u> 日生
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係 エ 以上の相談援助業務 か か な 氏 名 医療機関の名称	フ・社会的問題 る相談援助 多を行うための	の解決、調整に地域における保			西暦	生年	年	月		日生 ————————————————————————————————————
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係工 以上の相談援助業務	フ・社会的問題 る相談援助 多を行うための	の解決、調整に地域における保			□診療所	生年	年	月		日生 ————————————————————————————————————
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係工 以上の相談援助業務	」・社会的問題 る相談援助 を行うための	の解決、調整に地域における保証の	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	の関係機関	□診療戸	生	年	月		<u></u> 日生
イ 患者が抱える心理的 ウ 患者の社会復帰に係工 以上の相談援助業務 ふ り が な 氏 名 医療機関の名称 医療機関種類 職 (法令上の職種)	」・社会的問題 る相談援助 を行うための 「病 院 「西暦 本学院入学	の解決、調整に地域における保証のできます。	年 年	月月	西暦 □診療F [[[[[[[[[[[[[[[[[[生 年 所 日まで 15は、202	年	月月	<u>~</u> ~~必	要な

- (注)
- 職種については、23~45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。 該当する以外の名称を記載された場合は、入学選考の対象にできないことがあります。
 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。
 本証明書(個票)が複数必要な場合、記入前にコピーをして使用してください。
 社会福祉主事通信課程修了後の相談援助業務を記入します。 主事修了前、履修前はカウントできません。

非常勤職員の場合70ページの

非常勤就労時間証明書が必要です。

(いずれかに○をつける)