※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）

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			
証明書作成者	所属・役職等	氏名	認印
			㊞

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	□病院	□診療所	
職種（法令上の職種）			
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、2022年３月末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）	○1.常勤職員	○2.非常勤職員 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。	

（注）１．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。
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．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。
４．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。