

記入例

精神 2027年度様式

受付番号

※

※の欄は記入しないでください。

実務経験（見込）証明書

施設種類・職種は別紙の施設種類・職種のとおりに記載してください。それ以外の名称や省略した名称は認められません。

必ず裏面1及び2に該当することを確認のうえ、ご記入ください。

相談援助業務に在職中の方で、退職等の予定の無い方は、(1)にご記入ください。

相談援助業務に在職中の方で、任期等により、2027年4月30日以前に退職することが決まっている方、または、過去の相談援助業務について証明が必要な方は、(2)へご記入ください。

自己証明は認められません。ご自身が代表者等の場合、他の証明権限を有する方に証明してもらう必要があります。

所属施設の施設長等ではなく、法人代表者等が証明する場合は、法人名・役職名・氏名をご記入ください。

学校法人 北杜学園

仙台医療福祉専門学校校長 殿

フリガナ	アオバ ハナコ	生 年 月 日
氏 名	青葉 花子	(西暦) 1986 年 9 月 10 日生
【施設種類、職種、職種コードは別紙を確認して記載してください】		
施設種類	精神科病院	職種
	精神科 ソーシャルワーカー	職種 コード
		1 0 0 1
裏面を確認のうえ【チェック欄】に☑し、(1)、(2)のいずれかにご記入ください。		
【チェック欄】 ☑が無い場合、以下の証明は無効となります。 裏面を確認のうえ必ず☑をしてください。		
上記の者が、裏面1及び2に該当することを確認しました。☑		
(1) 上記にて現在勤務している方		
上記の者は、(西暦) 2024 年 4 月 1 日から現在まで、上記の職種にて 当施設・機関において勤務し、精神保健福祉に関する相談援助業務を行っていることを証明します。		
(2) 上記にて現在勤務している方(2027年4月30日以前に退職予定の方)、または過去に勤務していた方		
上記の者は、(西暦) 年 月 日から(西暦) 年 月 日まで 上記の職種にて当施設・機関において勤務し、精神保健福祉に関する相談援助業務を 行う見込みであるまたは行っていたことを証明します。		
(西暦) 2026 年 10 月 1 日		
〒 980 - 0000		
所 在 地 仙台市青葉区0001-2-3		
電 話 番 号 022 (567) 1234		
施 設・機 関 名 精神科病院 北杜病院		
施設・機関代表者 (役職名・氏名) 病院長 広瀬 花美		
公印		

- この書類は出願者の実務経験を施設等が証明するための書類です。
- 黒のボールペン等を用い、楷書で記入してください。訂正する場合は、二重線を引き、公印で訂正印を押してください。
- 施設種類及び職種、職種コードは別紙「実務経験の対象となる施設・事業・職種について」(本課程HP(<https://dl.sif.ac.jp/mhsw/entranceexam/>))にも掲載を参照のうえ、記入してください。施設種類名、職種名は法令等に記されたものと一致することが必要です。施設長・機関代表者記入欄の印には公印を捺印してください。
- 上記記載内容は、「実務経験(見込)申告書」の記載内容と一致する必要があります。
- 上記にて証明された勤務期間に見込みの期間が含まれている場合は、見込み期間終了後、改めて実務経験証明書を提出してください。提出方法等の詳細は、ご入学後、提出が必要な方に本課程よりご連絡いたします。