

受付番号	※
------	---

※の欄は記入しないでください。

実務経験（見込）申告書

学校法人 北杜学園

仙台医療福祉専門学校校長 殿

申告者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日生

私の相談援助に関する実務経験は、以下の通りですので、所属長等が証明した実務経験（見込）証明書を添えて申告いたします。

(西暦)					年	月	日記入
所属している(していた) 施設・機関名等		施設種類	職種	職種 コード	期 間 ※西暦にてご記入ください。	証 明 権 者 (役職名・氏名)	
1					～	年	月 日
						年	月 日
2					～	年	月 日
						年	月 日
3					～	年	月 日
						年	月 日
4					～	年	月 日
						年	月 日
5					～	年	月 日
						年	月 日

- この書類は出願者の実務経験を自己申告するための書類です。
- 申告者本人が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、申告者の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。
- 上記記載内容は、「実務経験(見込)証明書」の記載内容と一致する必要があります。
- 上記にて記載された勤務期間に見込みの期間が含まれている場合は、見込み期間終了後に改めて実務経験申告書を提出していただきます。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。

学校使用欄		
実務経験 合計	記入日時点	年 月
	入学直前 4月末時点	年 月

□見込み