

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

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						生 年 月 日		
氏 名						(西暦) 年 月 日生		
【職種コード、施設種類、職種は、別紙を確認して記載してください。】								
職種 コード					施設種類		職種	
(1)、(2)のいずれかにご記入ください。 (1) 上記にて現在勤務している方 上記の者は、(西暦) 年 月 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、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(2026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、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) 年 月 日 〒 - 所 在 地 電 話 番 号 () 施設・機関名 施設・機関代表者 (役職名・氏名) 印								

- 1. 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。
 - 2. 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。
 - 3. 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/sw/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必要があります。
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。
 - 4. 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。
 - 5. 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。
- 【提出締切日 2026年5月29日(金)】