

実務経験証明書 <個票>

学校法人 横浜 YMCA

YMCA 健康福祉専門学校 校長 殿

フリガナ	生年月日		
氏名	(西暦)	年	月 日生
施設種類	職種		
(1) 上記の者は、(西暦) 年 月 日から当病院・施設・機関において勤務し、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として行っている(2025年3月31日まで勤務する見込みである)ことを証明します。			
(2) 上記の者は、(西暦) 年 月 日から 年 月 日まで当病院・施設・機関において勤務し、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として行っていたことを証明します。			
20 年 月 日			
所在地	_____		
法人名	_____		
病院・施設・機関名	_____		
電話番号	_____		
代表者氏名	_____ 公印		

- (注) 1. 施設種類・職種については、参考資料2「実務経験として認められる相談援助業務及び指定施設の範囲」に記載されている施設種類及び職種名の通りに記入してください。
2. 証明内容を訂正した場合は、証明者の訂正印を押してください。修正液による訂正は認められません。
3. 本証明書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。
4. 本証明書に虚偽や不正が判明した場合は、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。