

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 日より 当施設・機関において相談援助の業務に従事している(2026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 相談援助の業務に従事していたことを証明します。

20 年 月 日

所 在 地 _____

施 設 種 類
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「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。

社会福祉科：医療機関職員用

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
医療機関 の種類	病院・診療所 (該当種類を○で囲むこと)	職 種	
業務内容 ①～④までの 業務をすべて 行っているこ とが必要です	① 患者の経済的問題の解決、調整に係わる相談援助 ② 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係わる相談援助 ③ 患者の退社会復帰に係わる相談援助 ④ 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		
(1) 上記の者は、(西暦) 年 月 日より当医療機関において勤務し、 上記①から④までの相談援助業務に従事している(2026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 まで当医療機関において上記①から④までの相談援助業務に従事していたことを 証明します。			
20 年 月 日			
所 在 地			
医療機関名			
電 話 番 号			
代表者氏名	公印		

- (注) 1. 証明書の内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。修正液による訂正は認められません。
2. 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。
3. 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。