

実務経験証明書

学校法人 宮崎南学園

宮崎保健福祉専門学校長

殿

出願者本人が記入	フリガナ 氏 名		生年月日	西暦 (満 年 月 日生 歳)
	上記の者は、以下のとおり、当施設・機関において、*常勤として精神障害者の社会復帰に関する相談援助を主たる業務として行っている（または行っていた）ことを証明します。 * 常勤：当該施設設置者と雇用関係を有し、労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む。			
	施設又は事業所名 ※法人名や本社名のみならず、施設名や事業所名までご記入下さい。			
	施設（事業）種類 {注①}			
	職種 {注①}			
	従業期間 {注④}	現在もお勤めの場合： 西暦 年 月 日から現在 過去にお勤めの場合： 西暦 年 月 日から 年 月 日まで		

施設・事業所が記入 {注②}	(被証明者の自書無効。施設・事業所が記入すること)			
	証明書作成日	西暦	年	月 日
	施設・機関所在地	〒		
	施設・機関名			
	代表者 役職	氏名	公印 (個人印不可)	

注①「施設種類」「職種」欄は右記のQRコードを読み取り、該当するものを記入して下さい。

②「施設・事業所が記入」欄のみ、証明を受ける者の自書は無効となります。

③記入内容を訂正する場合は、すべての項目において「施設・事業所」の公印と二重線にて訂正して下さい。

④同一法人・事業所内で同一施設種類・職種の場合で休職がある場合は、休職前までの従業期間を「過去にお勤めの場合」、復職後の従業期間を「現在もお勤めの場合」に記載して下さい。

⑤本証明に虚偽や錯誤による証明があった場合は、入校資格ならび国家試験受験資格および登録が取り消される場合がございます。

⑥必ず本状は原本をご提出下さい（原本のコピー提出不可）。

※複数の施設・事業所で合算が必要な場合はコピーして使用して下さい。

