

提出期限
6月 30日

実務経験証明書

作成日 年 月 日

中部学院大学 学長 様

下記の者は、当施設（機関）において、専任で精神保健福祉士国家試験の受験資格に係る相談援助業務に従事した（従事する予定である）ことを証明します。

ふりがな		生年月日（年齢）
氏名		年 月 日生 （満 歳）
相談援助業務の実務経験として認められる職種	※別表2より該当する「職種」を記入	
職種コード	[] ※別表2より該当する「職種コード」を記入	
従事期間	西暦 年 月 日 ～ 年 月 日 （計 年 ヶ月） ※作成時に必要な従事期間（1年以上、期日2025/3/31）を満たさない場合は満たす予定の日を記入	

証明権者	
【施設（機関）の住所】	〒 - 都 道 府 県
【施設（機関）名称】	
【施設（事業）の種類 ※】	※別表2より「施設（事業）種類」を記入
【代表者役職・氏名】	役 職 氏 名 公 印
【証明書記入者】	所属部署 氏 名 電話番号 ()

(注意事項)
・本様式は、裏面の「実習免除となるための相談援助の業務範囲」に合致することを確認したうえで、作成してください。
・従事期間に見込の期間が含まれている場合は、従事期間を満たした後、1ヶ月以内に実務経験証明書を改めて提出してください。
・本証明書は証明権者（実務を行っていた施設等の代表者）の公印が必要です。個人印は不可。
・証明内容を訂正する場合には、修正液等を用いず、証明権者の公印を訂正印として使用してください。

大学処理欄

処 理 日	担 当	受 付 日	担 当
年 月 日		年 月 日	