実務経験証明書

※受付日　　年　　月　　日
※受験番号

心理・福祉・ビジネス名古屋専門学校
校長 殿

フリガナ			生年月日（年齢）
氏　　名			西暦　　年　　月　　日生 （満　　歳）
職　　種 （実務経験該当職種名）		施設（事業）種類	

以下の（1）、（2）いずれかにご記入ください。

（1）上記の者は、西暦　　年　　月　　日から現在まで当病院・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主たる業務として行っていることを証明します。

（2）上記の者は、西暦　　年　　月　　日から西暦　　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主たる業務として行っていたことを証明します。

西暦20　　年　　月　　日

〒□□□-□□□□

所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法　人　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設・機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　番　号　　（　　） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設・機関代表者
（役職・氏名） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 公印

（注）（1）職種（実務経験該当職種名）及び施設（事業）種類は、学生募集要項6～8ページに記載された通りに記入してください。

（2）証明内容を訂正した場合は、二重線で消して証明者の訂正印を押して、正しい記入をしてください。なお、修正液等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。

※は本校記入欄