

実務経験見込証明書

心理・福祉・ビジネス名古屋専門学校
校長 殿

※ 受付 日	年	月	日
※ 受験番号			

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		

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主たる業務として行っており、かつ、2027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。

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 _____ (公印)
(役職・氏名)

(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) 入学後、改めて実務経験証明書を提出してください（本校所定のもの）。

※ は本校記入欄