

# 実務経験証明書

札幌心療福祉専門学校  
学校長様

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	西暦 年 月 日 ( 歳)
施設種別			相談援助業務従事年月数
			年 カ月
上記の者は、昭和 年 月 日から平成 年 月 日 から当施設・機関において相談援助業務に 従事している (していた) 者であることを証明します。			
平成 年 月 日			
〒□□□-□□□□			
所在地 _____			
施設・機関名 _____			
電話番号 ( ) _____			
施設・機関代表者 _____			(公印)

- (注) 1. 上記の記載内容は、「実務経験自己申告書」の記載内容と一致することが必要です。  
2. 証明内容を訂正した場合は、証明者の印を押印してください。なお、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. 本証明書に虚偽や錯誤による表記及び証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格及び登録が取り消されることがありますのでご注意ください。