

# 実務経験証明書

札幌医学技術福祉歯科専門学校長 様

フリガナ		生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
氏名		性別	男・女
施設名 機関名		職種	
		コード	
施設種類		(注)施設種類・職種・コードは、募集要項 16P～26Pを参照	

上記の者は、昭和 年 月 日から昭和 年 月 日まで、  
平成 年 月 日  
当施設・機関において相談援助業務に(している)従事者であることを証明します。  
(していた)

平成 年 月 日

〒□□□-□□□□

所在地

電話番号 ( )

施設・機関代表者

公印

※学校記入欄 (記入不可) 相談援助業務 従事年月数 年 カ月

1. 16 ページ以降の「施設種類・職種・コード表」に記載されている、施設種類・職種・コードの表示通りに記入すること。
  2. 出願時に実務経験期間の入学資格を満たさない方は、入学前までに実務経験が満了となり次第、再度提出すること。
  3. 本証明書が複数必要な場合は、コピーして使用すること。また、記載内容の訂正は代表者(証明者)の印を押印すること。
- ※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、入学や国家試験受験資格・登録が取り消されることがあります。