

# 実務経験自己申告書

札幌医学技術福祉歯科専門学校長 様

申告者 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

〒□□□-□□□□

現住所 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、申告します。

令和 年 月 日

所属している(していた) 施設・機関等	施設種類	職 種	コード	期 間
1				年 月 日～ 年 月 日 (計 年 カ月)
2				年 月 日～ 年 月 日 (計 年 カ月)
3				年 月 日～ 年 月 日 (計 年 カ月)
4				年 月 日～ 年 月 日 (計 年 カ月)
5				年 月 日～ 年 月 日 (計 年 カ月)

- 13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。
  - 上記の記載内容は、「実務経験証明書」(様式-4)の記載内容と一致すること。
  - 本申告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、申告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。