

様式7

*受付日	
*受験番号	

病院・診療所職員用

※ 指定介護療養型医療施設の「介護支援専門員(配置基準により配置されている資格保有者)」の場合は、**様式6 施設・機関職員用** を使用してください。

実務経験証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人品川区社会福祉協議会
社会福祉士養成コース施設長 様

医療機関の 所在地及び⑥名称	〒		
⑦代表者氏名 (役職・氏名)	代表者印 (職印)		
電話番号			
証明書 作成者	所属・役職等	氏名	認印

次の者は、以下のとおり当病院・診療所において、専任で下記の内容の

業務に 従事した 従事する見込である ことを証明します。
(必ずいずれかチェックください。)

業 務 内 容	
<input type="checkbox"/> 退院後生活環境相談員	
<input type="checkbox"/> 相談員(医療ソーシャルワーカー等) 次のアからエまでのすべての相談援助業務を行っている専任の職員	
<small>ア 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 イ 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 ウ 患者の社会復帰に係る相談援助 エ 以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動</small>	

ふりがな	生 年 月 日		
氏 名	年 月 日		
①医療機関の名称			
②医療機関種類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所	③通知番号	1-(11)
④職 種 (いずれかチェック)	<input type="checkbox"/> 退院後生活環境相談員 <input type="checkbox"/> 上記のアからエまでのすべての相談援助業務を行っている専任の職員		
⑤従 業 期 間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日 から
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日 まで

※ 本様式作成に当たっては、「作成時のチェックポイント」(本様式裏面)、「記入例」「業務範囲の一覧表」(募集要項掲載)をご参照下さい。
(受験者は、必要資料をコピーの上、証明書作成者にお渡し下さいますと、作成がスムーズになります。)
なお、上記資料は本コースホームページからダウンロードすることができますので、ご活用ください。

(作成上の留意点)

- 項目②、③、④については、必ず「募集要項」P41～参考資料4「業務範囲の一覧表」と内容と一致するか確認ください。
内容が一致していない場合は、指定施設での業務と認められず、入学資格に必要な実務経験を満たさないとみなされます。
- 記載事項の訂正は、証明権限を有する代表者印で訂正印を押してください。修正液の使用は証明書として無効です。
- この用紙を複数必要とする場合は、コピーしたもの(もしくはダウンロードしたもの)をご利用ください。
- 申込者が事務局長・施設長の場合は、法人代表者(理事長等)の証明が必要です。
- 申込者が法人の代表者の場合は、証明書の作成者を法人の理事または役員としてください。
- 証明内容について虚偽や不正等が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士法」により社会福祉士の資格を取得した後も登録の取り消しを受けることがあります。
- 実務経験見込みで受験した方は、実務経験が満たされた後、実務経験証明書を必ず提出してください。