

様式 8

*受付日	
*受験番号	

市(区)町村社会福祉協議会職員用

※ 社協が運営する施設等職員の場合は、**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

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

社会福祉協議会の 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、以下のとおり当社会福祉協議会において、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"/> 福祉活動専門員	
<input type="checkbox"/> 相談援助業務を行っている職員 (主として高齢者、身体障害者、知的障害者、精神障害者、児童その他の要援護者に対するものに限る。)	

ふりがな				生 年 月 日						
氏 名				年 月 日						
①社会福祉協議会の名称										
②施設(事業)等種類	市(区)町村社会福祉協議会			③通知番号	2-(11)					
④職 種 (いずれかチェック)	<input type="checkbox"/> 福祉活動専門員 <input type="checkbox"/> 上記の相談援助業務を行っている職員									
⑤従 業 期 間	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和			年			月			日から
	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和			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』の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
を取得した後で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。

様式 6, 7, 8 実務経験証明書 作成時のチェックポイント

作成上の留意点	
<input type="checkbox"/> 様式の内容	各施設・機関等での実務経験を証明するための公的な証明書。
<input type="checkbox"/> 代表者氏名 (証明権者)	【申込者が職員】 法人の代表者または所属施設・機関等の長（施設長等）。
	【申込者が施設長等】 法人の代表者。
	【申込者が法人代表】 法人の代表者（ただし書類の作成者は、法人の理事または役員とし、作成者認印を押印のこと）。
<input type="checkbox"/> 記入	ゴム印使用可。黒、青のボールペン、万年筆。
<input type="checkbox"/> 訂正方法	二重線を引き、代表者印（職印）で訂正印を押印。
	※修正液等の使用は認められません。
<input type="checkbox"/> ②施設等（事業） 種類、③通知番号、④ 職種の内容について	これら3つの項目は、募集要項P41～「指定施設における相談援助業務の範囲」一覧表に基づき、内容がすべて関連しています。本様式作成にあたっては、一覧表を確認の上、必ず一覧表の内容と一致させて作成ください。
	※定められた施設種類・通知番号・職種以外を記入した場合、入学選考の対象にできないことがあります。
記入内容チェック	
<input type="checkbox"/> 日付	書類を作成した日付を記入。
<input type="checkbox"/> 施設等名称、所在地、 代表者等	ゴム印使用可。代表者印（職印）押印。
<input type="checkbox"/> 作成者	書類作成者の所属・役職、氏名記入（ゴム印可）、認印押印。
<input type="checkbox"/> 従事（見込）証明	従事または見込、いずれかにチェック。
<input type="checkbox"/> 業務内容	【様式6の場合】 記入不要。
	【様式7の場合】 いずれかに該当するか確認ください。
	【様式8の場合】 いずれかに該当するか確認ください。
<input type="checkbox"/> ②施設（事業）種類	【様式6の場合】 募集要項「指定施設における相談援助業務の範囲」（P41～）を参照し、省令等に基づく、正式な種類を記入ください。
	※定められた施設種類以外を記入した場合、入学選考の対象にできないことがあります。
	【様式7の場合】 病院、診療所いずれかにチェックください。
<input type="checkbox"/> ③通知番号	【様式6の場合】 募集要項「指定施設における相談援助業務の範囲」（P41～）を参照し、該当する通知番号を記入ください。
	【様式7の場合】 記入不要。
	【様式8の場合】 記入不要。
<input type="checkbox"/> ④職種	【様式6の場合】 募集要項「指定施設における相談援助業務の範囲」（P41～）を参照し、省令等に基づく、正式な職種を記入ください。
	※定められた職種名称以外を記入した場合、入学選考の対象にできないことがあります。
	【様式7の場合】 職種いずれかにチェックください。
<input type="checkbox"/> 従業期間	【様式8の場合】 職種いずれかにチェックください。
	作成日時点で、実務経験を満たしている場合は、作成日が終期 見込の場合は、2020（令和2）年3月31日が終期