

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

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、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』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、2021（令和3）年3月31日が終期