

実務経験(見込)証明書<個票>

ふりがな	生 年 月 日	
氏 名	昭和 平成	年 月 日 生
施設等種類		
職 種		
<p>(1) 上記の者は、昭和 年 月 日から現在まで当施設・機関において、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として<u>行っていることを証明します。</u></p> <p>(2) 上記の者は、昭和 年 月 日から 昭和 年 月 日まで、当施設・機関において、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として<u>行っていたことを証明します。</u></p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所 在 地</p> <p>施設・機関名</p> <p>(電 話 番 号)</p> <p>施設・機関代表者 ,</p>		
		職印

(注) 1. 施設種別及び職種は、〈P29～30実務経験範囲一覧〉に記載された通りに、記載してください。

勤務先等での任意の職種は認められません。

2. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。修正液による訂正は認められません。

3. この用紙を複数必要とするときは、コピーをしてから使用してください。