

## 実務経験(見込)申告書

麻生医療福祉専門学校 福岡校  
学 校 長 殿

申告者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(出願者) 〒□□□□-□□□□

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、所属長等の証明書を添えて、申告します。

平成 年 月 日

施設(事業)等種類	職種	コード	期 間	証明権者
1			昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	
2			昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	
3			昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	
4			昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	
5			昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	
6			昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	

(注) 1. 上記の記載内容は、「実務経験(見込)証明書」の記載内容と一致する必要があります。

2. 施設種類及び職種は、実務経験コード(精神保健福祉士…P31～32)に記載された通りに記入してください。  
勤務先等での任意の職種は認められません。
3. 申告内容を訂正した場合は、申告者の印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。
4. 本申告書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。