

実務経験(見込)証明書<個票>

| | | |
|--|--|-----------------|
| ふりがな | | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | | 昭和 年 月 日生 平成 |
| 施設(事業)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行っていることを証明します。</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行っていたことを証明します。</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、〈P31～32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。修正液等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。