

## 実務経験(見込)証明書<個票> 〔医療機関職員用〕

ふりがな		生年月日
氏名		昭和 平成 年 月 日生
医療機関種類	病 院 ・ 診 療 所 (該当種類を○で囲んでください。)	
職 種 名		
業 務 内 容 (アからエまでの業務をすべて行っていることが必要です。)	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	
<p>※(1)、(2) いずれかにご記入ください。</p> <p>(1) 上記の者は、昭和 年 月 日から当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を専任で行う職員として勤務している者であ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、当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を専任で行う職員として勤務した者であることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">法 人 名</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 代 表 者</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">職印</div> </div>		

(注) 1. 施設種類及び職種は、〈P21～27実務経験コード〉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。

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

3. 本証明書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。