

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<br>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<br>(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<br>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<br>ウ 患者の社会復帰に係る相談援助<br>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 |  |  |          |        |  |
| ※(1)、(2) いずれかにご記入ください。<br><br><div>             (1) 上記の者は、<div>昭和<br/>平成<br/>令和</div>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。           </div> <div>             (2) 上記の者は、<div>昭和<br/>平成<br/>令和</div>年 月 日から <div>昭和<br/>平成<br/>令和</div>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行う職員として勤務した者であることを証明します。<br/><br/> <div>令和</div>年 月 日           </div> <div>             所 在 地<br/><br/>             法 人 名<br/><br/>             医 療 機 関 名<br/><br/>             電 話 番 号<br/><br/>             医 療 機 関 代 表 者           </div> <div>職印</div> |                                                                                                                                   |  |  |          |        |  |

(注) 1. 施設種類及び職種は、〈P23～29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、修正液等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。