

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。

西暦 年 月 日

施設等種類	職種	コード	期 間	証明権者
1			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
2			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
3			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
4			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
5			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
6			西暦 年 月 日～ 西暦 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ことが必要です。
 2. 施設種類及び職種は、実務経験コード〈社会福祉士…P23～29〉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、修正テープ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。