

④

※学校使用欄

# 実務経験申告書

年 月 日

学校法人藤仁館学園

藤仁館医療福祉専門学校学校長 殿

申告者

氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： \_\_\_\_\_

私（申告者）の相談援助に関する実務経験は、下記の通りです。  
所属機関長等の証明書を添えて申告いたします。

施設・機関		相談援助業務の実務経験 として認められる職種	期 間	証明権者
施設名称	施設種別			
			年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)	
			年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)	
			年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)	
			年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)	
			年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)	
実務経験期間の合計			年 ヶ月	

※上記の記載内容は「実務経験(見込)証明書(個票)」の記載内容と一致することが必要です。

※職種については「募集要項」をご確認の上、該当職種をご記入ください。

※実務経験により実習が免除（一部免除）となる方は実務経験申告書及び実務経験(見込)証明書(個票)が必要となります。

※証明権者の欄は実務経験証明書に記入いただいた代表者名と一致するように申告者が記入してください。