

作成上の注意点 (申告者本人が記載)

様式3-1

実務経験証明書

令和 年 月 日

星槎道都大学 学長 殿

記載日

<申告者>

住所 〒

申告者の住所と氏名を記載

氏名

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いたします。

所属していた（している） 施設・機関・事業所名等	職種	期間	証明権者
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	

証明権者が記載する様式3-2（個票）と一致する機関・施設・事業所名および期間で申告すること（事業所名を忘れずに）

証明（個票）を依頼する施設・機関名

(注1) 様式3-2（個票）の証明事項は、上記本欄の内容と一致すること。

(注2) 様式3-2（個票）において、法人の代表者が証明を行う場合は、法人名を併記すること。

なお、施設種類の確認を行うため、法人による証明であっても、施設・機関・事業所名等についても必ず記載すること。

作成上の注意点 (勤務施設が記載)

様式 3-2

実務経験証明書 (個票)

該当する方に○
() 内も記入

事業所名も忘れずに記載すること

フリガナ			生年月日 (年齢)
氏名	(例) 障害福祉サービス●●●● 札幌西事業所○○○		昭和・平成 年 月 日 (西暦 年) (歳)
施設・機関 ・事業所名	(法人等 名称)	(例) 社会福祉法人 △△△会	
職	募集要項内「P22 指定施設における相談援助業務 (実務経験) について」に記載の該当番号を記入		施設 (事業) 番号 () 職 種 番 号 ()

下部証明欄について法人が証明する
場合には必ず記載すること

募集要項内「P22 指定施設における相談援助業務
(実務経験) について」に記載の該当番号を記入

(1)か(2)いずれかに記載

(1) 現在も勤務している場合

上記の者は、 年 月 日より当施設・機関において勤務している者であることを証明します。

(2) 過去

年は「和暦」で記載

現在勤務が連続している場合 (※期間
内で職種が違う場合があれば注意)

上記の者は、 年 月 日より 年 月 日まで当施設・機関において勤務
していたことを証明します。

令和 年 月 日

記載日

上記職種で過去に勤務していた場合
(※期間内で職種が違う場合があれば注意)

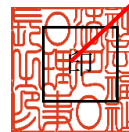
所在地

施設・機関名

施設・機関代表者

ゴム印可

証明権限を有する代表者の職印
(個人の認印 不可)



※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。

※証明は、所属長である施設・機関の代表者が行うものとしますが、法人の代表者による証明でも可とします。その場合、「(法人等名称)」欄を記載の上、証明欄の法人名に施設・機関名を併記してください。

※訂正する場合は、必ず証明権限を有する施設・機関代表者の職印で訂正してください。

修正液等で訂正したものは証明書として無効です。

※本証明書に虚偽や錯誤による表記及び証明等があった場合、入学や国家試験受験資格・登録が取り消されることがあります。

作成上の注意点

相談援助の実務経験申告書

本人が記載

星槎道都大学 学長 殿

作成日 令和 年 月 日

フリガナ

氏 名

いずれかにチェック

私の精神保健福祉に関する相談援助の実務経験は、厚生労働省告示による精神保健福祉に関する指定施設における相談援助の実務に該当すると思われるので、所属長等の証明を添えて申告いたします。

1. 常勤・非常勤の区分 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上の者に限る)
2. 業務内容 (全ての事項に該当する 必要があります)	<input type="checkbox"/> ①精神障害者の相談 <input type="checkbox"/> ②精神障害者に対する助言、指導 <input type="checkbox"/> ③精神障害者に対する日常生活への適応のための必要な訓練 <input type="checkbox"/> ④精神障害者に対するその他の援助 (その他 _____) <input type="checkbox"/> ⑤援助を行うための関係者との連絡、調整等 <small>(募集要項「P22 指定施設における相談援助業務 (実務経験) について」を参照し、年間を通じた勤務時間の概ね5割以上を従事している場合に、①～⑤の該当項目を選択すること)</small>
3. 活動事例 (主なもの1～2例)	「2. 業務内容」で選択した相談援助業務について、主な活動事例を以下に記入してください。
(1) 対象者の概要 (年齢: _____ 歳、 疾患名: _____)	
(2) 活動内容	

5つ全てにチェックが必要です

(注) 当欄に書ききれない場合、「別紙のとおり」を添付してください。別紙 (A4サイズ、様式自由)

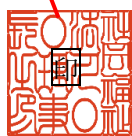
ゴム印可

証明権限を有する代表者の職印 (個人の認印 不可)

勤務施設が記載

申告者本人が記入した内容について間違いのないことを証明します。また、次の内容について、確認しました。

法人名	施設名
代表者 役 職	氏 名



確認事項	「実務経験証明書」及び「相談援助の実務経験申告書」の証明にあたり、下記の全ての基準等を満たすことを確認しました。(該当する事項に☑)
<input type="checkbox"/>	当該職種に係る業務が、当該施設の定款、実施要項等において明記された各種の精神保健福祉に関する相談援助業務であること。
<input type="checkbox"/>	申告者は、指定施設における業務の範囲等について (障発 0805 第 4 号 平成 23 年 8 月 5 日) の 1 から 4 に掲げる職種の例と同等以上の精神保健福祉に関する相談援助業務を行っている相談員であること。
<input type="checkbox"/>	申告者の精神保健福祉に関する相談援助の業務に従事した期間 (「実務経験証明書」の従業期間) は、指定施設における業務の範囲等について (障発 0805 第 4 号 平成 23 年 8 月 5 日) の 1 から 4 に掲げる職種の例と同等以上の精神保健福祉に関する相談援助業務を行っている相談員として、当該施設又は事業所と雇用関係を有し常勤 (労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上である者を含む。) で従事した期間を通算して計算したものであること。
<input type="checkbox"/>	申告者の活動事例 (主なもの1～2例) は、事実に基づく内容であること。

(注) この申告書に不実・錯誤した内容が認められない場合があります。また、

上記申告者について、該当する事項にチェック (全ての事項に該当している必要があります)

満たさない場合は、出願資格を認める場合があります。

※学校処理欄 可・否