

実務経験証明書

東海医療科学専門学校

西暦 年 月 日

学校長 殿

フリガナ			生年月日
本人氏名			西暦 年 月 日
法人名	施設・機関名		
施設種類	※募集要項P.11～P.19の通り、正確にご記入ください。		
職種	※募集要項P.11～P.19の通り、正確にご記入ください。		
<p>※(1)、(2)のいずれか該当する方にご記入ください。</p> <p>(1)上記の者は、西暦 年 月 日より当施設・機関において勤務していることを証明します。</p> <p>(2)上記の者は、西暦 年 月 日より西暦 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。</p>			
証明書作成日	西暦 年 月 日		
証明権者	法人・施設・機関の所在地		
	法人名	施設・機関名	
	電話番号	() -	
	施設・機関代表者	公印	

【記入上の注意点】

- 実務経験証明書は、出願者の実務経験を施設・機関等が証明するための書類です。
- 出願者が所属するまたは所属していた施設・機関等の方が、黒のボールペンをを用い、楷書で記入してください。出願者本人が記入したものは認められません。
- 施設種類および職種は、P.11～P.19の「指定施設における相談援助業務の範囲」に記されたものと一致するように正確にご記入ください。
記載内容に誤りや事実と異なる点がある場合、入学選考や科目免除審査の対象にできなったり、国家試験受験資格が得られなくなる場合等がありますのでご注意ください。
- 記入した内容を訂正する場合は、二重線で消し、証明権限を有する代表者の公印で訂正してください。修正テープなどによる訂正は認められません。
- 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。



記入見本はこちら