

実務経験証明書

東海医療科学専門学校
学校長 殿

フリガナ		生年月日(年齢)		
氏名		西暦	年 月 日生	(満 歳)
[施設種類]		[職種]		
※(1)、(2)のいずれか該当する方にご記入下さい。				
(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者であることを証明します。				
(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。				
西暦 年 月 日				
所在地				
施設・機関名				
電話番号 ()				
施設・機関代表者				
印				

【記入にあたって】

- この書類は出願者の実務経験を施設等が証明するための書類です。
- 上記の記載内容は「実務経験申告書」の記載内容と一致することが必要です。
- 記載内容を訂正した場合は、証明者の訂正印を押して下さい。
- 黒のボールペンを用い、楷書で記入して下さい。
- 施設種類および職種は法令で定められたとおり(P.10～P.18の「指定施設における相談援助業務の範囲」を参照)に記入して下さい。
- 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。
- 施設・機関代表者記入欄の印には公印を捺印して下さい。
- ※の欄は記入しないで下さい。