

受付番号	※
------	---

実務経験（見込）申告書

学校法人 北杜学園

仙台医療福祉専門学校校長 殿

申告者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)

私の相談援助に関する実務経験は、以下の通りですので、所属長等の証明書(別紙)を添えて
申告いたします。

年 月 日記入

所属している(していた) 施設・機関名等	職種 コード	施設種類	職種	期間	証明権者 (役職名・氏名)
1				年 月 日) (年 月 日 ヶ月)	
2				年 月 日) (年 月 日 ヶ月)	
3				年 月 日) (年 月 日 ヶ月)	
4				年 月 日) (年 月 日 ヶ月)	
5				年 月 日) (年 月 日 ヶ月)	
合計				年 ヶ月	

- この書類は出願者の実務経験を自己申告するための書類です。
 - 申告者本人が黒のボールペン等を用い、楷書で記入してください。
 - 職種コード、施設種類及び職種は「別紙 実務経験の対象となる施設・事業・職種について」を参照のうえ、記入してください。
(施設種類名、職種名は法令等に記されたものと一致する必要があります。)
 - 上記記載内容は、「実務経験(見込)証明書」の記載内容と一致する必要があります。
 - 上記記載内容を訂正する場合は、二重線を引き、申告者の訂正印を押してください。また、本申告書が複数必要となる場合は、コピーしてご使用ください。
本課程ホームページからも様式のダウンロード、印刷が可能です。
 - 上記にて記載された勤務期間に見込みの期間が含まれている場合は、見込み期間終了後、改めて実務経験申告書を提出してください。
- 【提出締切日 2024年5月31日(金)】
- ※の欄は記入しないでください。