実 務 経 験 申 告 書

学校法人　昌賢学園
群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校長　殿

受理番号	

※本校記入欄

令和　　年　　月　　日

申告者	住　所	
	氏　名	㊞

相談援助業務に関する実務経験について、施設（事業所）代表者名の証明書を添えて下記の通り申告いたします。

記

所属している（していた）機関・施設等	職　　種	期　　間	施設（事業所）代表者名
		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）	
		年　月　日～ 年　月　日 （　　年　ヶ月）	

※上記の申告内容は、次頁の「実務経験証明書」の証明内容と一致すること。

※本申告書は、**全て出願者本人**が記入、捺印して下さい。所属長職・氏名についても、出願者が記入して下さい。本申告書に基づき、実務経験証明書で施設代表者が実務経験を証明します。
※職種は、13 頁～ 20 頁「実務経験対象となる施設・事業種類一覧」の「職種の例」から選択して記入して下さい。
※記入日の記載の無いものは無効とします。