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
校長　鈴木賢二　殿

受理番号	

※本校記入欄

令和　　年　　月　　日 1)

申告者 2)	住　所	
	氏　名	㊞

相談援助業務に関する実務経験について、所属長等の証明書を添えて以下の通り申告いたします。

所属している（していた）施設種類、機関・施設等	実務経験と認められる職種 3)	期　　間	証明者（代表者職・氏名）
		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。

1）記入日の記載の無いものは無効とします。
2）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。
3）職種は、P9 ～の実務経験として認められる職種職名を記入して下さい。