

# 実務経験申告書

学校法人 昌賢学園  
群馬社会福祉専門学校長 殿

受理番号

※本校記入欄

令和 年 月 日

申告者	住所	
	氏名	④

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 月)	
		年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月)	
		年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月)	
		年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月)	
		年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月)	
		年 月 日～ 年 月 日 ( 年 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、14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。