

# 精神保健福祉学科 実務経験証明書 (機関証明書)

学校法人古沢学園 専門学校福祉リソースカレッジ広島 学校長 様

選考番号※

フリガナ		生 年 月 日
本人氏名		年 月 日 (満 歳)
法人の名称		
施設・事業所の名称		
施設(事業)種類		
職 種		
上記の者は、 年 月 日より 年 月 日まで 当施設・機関において精神保健福祉に関する相談援助の業務に従事している(して いた)ことを証明致します。		
証明書作成日 年 月 日		
所在地		
施設・機関名	代表者(印)	
施設・機関代表者		

注意 精神保健福祉に関する相談援助業務の実務は、次の①～⑤に該当する業務に年間を通じた業務の5割以上従事することを要件とする。

- ① 精神障害者の相談 ② 精神障害者に対する助言、指導 ③ 精神障害者に対する日常生活への適応のための必要な訓練 ④ 精神障害者に対するその他の援助 ⑤ 援助を行うための関係者との連絡、調整等

なお、病棟における食事の介助や入浴の看護業務は、実務経験として認められない。

業務従事機関の計算方法は、当該施設又は事業所と雇用関係を有し常勤(労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上の者を含む)で従事した期間を通算して計算するものとする。

○枠線内のみ記入してください。

○記入していただく内容は、入学選考時のみ使用することを目的とします。

○施設の種類の学生募集要項の精神保健福祉学科 実習免除についてのページを参考にしてください。

○複数必要な場合はコピーして使用してください。

×  
き  
り  
と  
り  
線