

実務経験証明書〈個票〉

鳥取県医療ソーシャルワーカー協会
会長 中瀬 香里 様

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	年 月 日 (歳)
施設種別			相談援助業務従事年月数
			年 月
<p>※ (1)、(2)いずれかにご記入ください。</p> <p>(1) 上記の者は、昭和 年 月 日 から当施設・機関において相談援助 平成 令和 業務に従事している者であることを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は、昭和 年 月 日 から 昭和 年 月 日 平成 令和 まで当施設・機関において相談援助業務に従事していた者であることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒□□□-□□□□</p> <p>所在地 _____</p> <p>施設・機関名 _____</p> <p>電話番号 () _____</p> <p>施設・機関代表者 _____ (公印)</p>			

- (注) 1. 証明内容を訂正した場合は、証明者の印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
2. 本証明書に虚偽や錯誤による表記及び証明等があった場合、当協会入会資格が取り消されることがありますのでご注意ください。