

受験番号

受付日

年 月 日

# 実務経験申告書

年 月 日

学校法人 滋慶コミュニケーションアート

## 京都医健専門学校

学校長 藤田 裕之 殿

申告者住所

申告者氏名

印

私の [ 社会福祉 精神保健福祉 ] に関する相談援助の実務経験は、  
※どちらかにチェック  
 [ 社会福祉 精神保健福祉 ] 試験受験資格に係る指定施設における相談援助の  
※どちらかにチェック  
 実務経験に該当すると思われるので、申告いたします。

所属していた（している） 施設名	事業名	就業期間	常勤・非常勤 区分	業務内容
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		
		年 月 日 ～ 年 月 日		