

## 実務経験申告(兼 実務経験証明)書 (第1号または第3号)

[ 1 / 1 ]

1. 受講者（こども家庭ソーシャルワーカー認定資格の取得を希望し、その受講要件にかかる実務経験の証明を受けようとする者）

ふりがな	ふくし たろう	生年月日
氏名	福祉 太郎	1980年 5月 1日生

2. 受講要件（の一部）を満たすことを申告する内容

(1) 法人名／自治体名	港区		施設・職種コード
(2) 施設・機関名	中央児童相談所		<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士(参考資料2) <input checked="" type="checkbox"/> 精神保健福祉士(参考資料3)
(3) 施設種別	児童相談所		(4ケタ: 1361/0901)
(4) 受講者の雇用契約上の期間	2010年4月1日～2016年3月31日 ( 5年 か月) • 在職中 勤務時間: 37.5 時間／週		
(5) 上記(4)のうち、 <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した期間</u>	<u>①2010年4月1日～2016年3月31日 ( 5年 か月)</u> <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した時間: 37.5 時間／週</u> <u>② 年月日～ 年月日 ( 年 か月)</u> <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した時間: 時間／週</u>		
(6) 上記(5)の期間における業務内容等	役職名	業務内容	
	①児童福祉司	①こどもに関する家庭等からの相談、助言、指導等 ②	
(7) 実務経験の申告	<input checked="" type="checkbox"/> 上記のとおり、指定施設及びその期間に、 <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務</u> に従事していたことを申告します。 <input checked="" type="checkbox"/> 具体的なこどもの福祉に係る相談援助業務は、別紙「こどもの福祉に係る相談援助業務の概要」に記載した内容に相違ありません。(別紙に記載した内容が当該施設での場合のみ)		

3. 証明者

法人名／自治体名	港区		代表者の職印(公印)
施設・機関名	中央児童相談所		
所在地	東京都港区港南*丁目**番地		
連絡先	03-1234-5678		
代表者	役職名	氏名	
	児童相談所長	中央 花子	所長印
証明者(担当者)	所属・役職名	氏名	認印
	管理課・課長	港 一郎	
	連絡先	03-1234-5678	
	メールアドレス	secretariat@jswc.or.jp	港印
申告内容の証明	受講者の児童の福祉に係る相談援助業務の内容や期間について、 申告内容に相違がないことを証明します。 (実務経験証明書の作成日: 2024年5月24日)		

# 実務経験申告(兼 実務経験証明)書 (第2号または第4号)

[ 1 / 1 ]

1. 受講者（こども家庭ソーシャルワーカー認定資格の取得を希望し、その受講要件にかかる実務経験の証明を受けようとする者）

ふりがな	ふくし たろう	生年月日
氏名	福祉 太郎	1980年 5月 1日生

2. 受講要件（の一部）を満たすことを申告する内容

(1) 法人名／自治体名	医療法人 ☆★会		施設・職種コード
(2) 施設・機関名	☆★総合病院		<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士(参考資料2) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士(参考資料3) (4ケタ: 1512)
(3) 施設種別	病院・診療所		
(4) 受講者の雇用契約上の期間	2004年4月1日～ 年 月 日 ( 年 か月 ) ・ 在職中 勤務時間: 28 時間／週		
(5) 上記(4)のうち、児童の福祉に係る相談援助業務を含む業務に従事した期間	①2013年4月1日～2024年5月24日 ( 11年1か月 ) 児童の福祉に係る相談援助業務を含む業務に従事した期間: 18 時間／週 ② 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 か月 ) 児童の福祉に係る相談援助業務を含む業務に従事した期間: 時間／週		
(6) 上記(5)の期間における業務内容等	役職名	業務内容	
	①医療相談員	①患者の経済的問題の解決や社会復帰に係る相談援助。 特に2020年4月以降は小児病棟にてこどもやこどもをもつ親の相談も対応。虐待の恐れがある場合には、児童相談所や市の担当課と連携し、虐待に至らぬよう助言を行う。	
(7) 実務経験の申告	<input checked="" type="checkbox"/> 上記のとおり、指定施設及びその期間に、児童の福祉に係る相談援助業務を含む業務に従事していたことを申告します。 <input type="checkbox"/> 具体的なこどもの福祉に係る相談援助業務は、別紙「こどもの福祉に係る相談援助業務の概要」に記載した内容に相違ありません。(別紙に記載した内容が当該施設での場合のみ)		

3. 証明者

法人名	医療法人 ☆★会		代表者の職印(公印)
施設・機関名	☆★総合病院		 理事長印
所在地	東京都港区港南*丁目**番地		
連絡先	03-1234-5678		
代表者	役職名	氏名	
	理事長	星野 良一	
証明者(担当者)	所属・役職名	氏名	認印
	医療相談室・室長	佐藤 学	 佐藤印
	連絡先	03-1234-5678	
	メールアドレス	secretariat@jswc.or.jp	
申告内容の証明	受講者の児童の福祉に係る相談援助業務の内容や期間について、申告内容に相違がないことを証明します。 (実務経験証明書の作成日: 2024年5月24日)		

## 実務経験申告(兼 実務経験証明)書 (第1号または第3号)

[ 1 / 1 ]

1. 受講者（こども家庭ソーシャルワーカー認定資格の取得を希望し、その受講要件にかかる実務経験の証明を受けようとする者）

ふりがな	ふくし たろう	生年月日
氏名	福祉 太郎	1980年 5月 1日生

## 2. 受講要件（の一部）を満たすことを申告する内容

(1) 法人名／自治体名	社会福祉法人		施設・職種コード
(2) 施設・機関名	湾岸区社会福祉協議会		<input type="checkbox"/> 社会福祉士(参考資料2) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士(参考資料3)
(3) 施設種別	市町村社会福祉協議会		(4ケタ： )
(4) 受講者の雇用契約上の期間	2004年4月1日～ 年 月 日 ( 年 か月 ) • 在職中 勤務時間： 37.5 時間／週		
(5) 上記(4)のうち、 <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した期間</u>	①2014年4月1日～2019年3月31日 ( 5年 か月 ) <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した時間：</u> 15 時間／週 ② 2022年4月1日～2024年5月24日 ( 2年 1か月 ) <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した時間：</u> 5 時間／週		
(6) 上記(5)の期間における業務内容等	役職名	業務内容	
	① こども福祉課 主任	①こども家庭サポート事業を担当。子育て家庭を訪問し、個別の相談に応じるとともに、必要に応じて関係機関に繋ぐ。	
	② こども福祉部 部長	②こども福祉部が所管するこども家庭事業の統括。部下の職員とともに地域の子育て家庭への同行訪問等。	
(7) 実務経験の申告	<input checked="" type="checkbox"/> 上記のとおり、指定施設及びその期間に、 <u>主として児童の福祉に係る相談援助業務</u> に従事していたことを申告します。 <input type="checkbox"/> 具体的なこどもの福祉に係る相談援助業務は、別紙「こどもの福祉に係る相談援助業務の概要」に記載した内容に相違ありません。(別紙に記載した内容が当該施設での場合のみ)		

## 3. 証明者

法人名／自治体名	社会福祉法人		代表者の職印(公印)
施設・機関名	湾岸区社会福祉協議会		
所在地	東京都港区港南*丁目**番地		
連絡先	03-1234-5678		
代表者	役職名	氏名	
	会長	湾岸 茂	会長印
証明者（担当者）	所属・役職名	氏名	認印
	総務課・課長	青島 洋子	
	連絡先	03-1234-5678	
	メールアドレス	secretariat@jswc.or.jp	青島印
申告内容の証明	受講者の児童の福祉に係る相談援助業務の内容や期間について、 申告内容に相違がないことを証明します。 (実務経験証明書の作成日：2024年5月24日)		

## 〔実務経験申告（兼 実務経験証明）書の記入に関する補足説明〕

提出する実務経験申告書の総枚数と、当該申告書が何枚目かを記入  
例：全体で3枚あるうちの2枚目の場合…〔2／3〕

### 実務経験申告(兼 実務経験証明)書 (第1号または第3号)

1. 受講者（こども家庭ソーシャルワーカー認定資格の取得を希望し、その受講要件にかかる実務経験の証明を受けようとする者）

ふりがな 氏名	ふくし たろう 福祉 太郎	生年月日 1980年 5月 1日生
------------	------------------	----------------------

2. 受講要件（の一部）を満たすことを申告する内容

(1) 法人名／自治体名	港区	施設・職種コード
(2) 施設・機関名	中央児童相談所	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士（参考資料2） <input checked="" type="checkbox"/> 精神保健福祉士（参考資料3）
(3) 施設種別	児童相談所	(4) ケタ：1361／0901
(4) 受講者の雇用契約上の期間	2010年4月1日～2016年3月31日（5年 か月） 勤務時間：37.5時間／週	
(5) 上記(4)のうち、主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した期間	①2010年4月1日～2016年3月31日（5年 か月） 主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した時間：37.5時間／週 ② 年月日～年月日（年 か月） 主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事した時間：時間／週	
(6) 上記(5)の期間における業務内容等	役職名 ①児童福祉司 ②	業務内容 ①こどもに関する家庭等からの相談、助言、指導等 ②
(7) 実務経験の申告	□上記のとおり、指定施設及びその期間に、主として児童の福祉に係る相談援助業務に従事していたことを申告します。 □具体的なこどもの福祉に係る相談援助業務は、別紙「こどもの福祉に係る相談援助業務の概要」に記載した内容に相違ありません。（別紙に記載した内容が当該施設での場合のみ）	

「(3)施設種別」は、参考資料2または参考資料3の「施設種類」から該当するものを選択。該当する施設種類がない場合は「その他」と記載。

保有資格がない場合は空欄可。保有資格はあるものの、所属する施設・機関が参考資料内にない場合は、保有する資格に☑を入れ、括弧内には「その他」と記入。

1週間あたりの相談援助業務に従事した時間は、相談援助業務に従事した期間を通じて、平準化した時間数を記入。

※別紙の「実務経験期間 計算表」には、当該申告に基づき相談援助業務の従事期間および時間数を記入すること。

「(7)実務経験の申告」の上段には、必ず☑を記入。

下段は、別紙の「相談援助業務の概要」に記載した業務が、当該施設・機関で行った業務である場合に☑を記入。

受講者が所属する施設・機関の代表者の役職および氏名を記入の上、  
所属先の公印を押印。(記名押印で可)

3. 証明者

法人名／自治体名	港区		代表者の職印(公印)	
施設・機関名	中央児童相談所		所長印	
所在地	東京都港区港南*丁目**番地			
連絡先	03-1234-5678			
代表者	役職名	氏名		
	児童相談所長	中央 花子		
証明者（担当者）	所属・役職名	氏名	認印	
	管理課・課長	港 一郎	港印	
	連絡先	03-1234-5678		
	メールアドレス	secretariat@jsw.or.jp		
申告内容の証明	受講者の児童の福祉に係る相談援助業務の内容や期間について、 申告内容に相違がないことを証明します。 (実務経験証明書の作成日 : 2024年5月24日)			

当該申告書にかかる証明事務の担当者の役職および氏名を記入の上、押印。(記名押印で可。個人印で可)