

相談援助実務の区分一覧表データ
*本証明書④～⑥記入事項記載

実務経験（見込）証明書

日本こども福祉専門学校長 殿

出 願 者 情 報	①	フリガナ 氏 名	生 年 月 日 □昭和・□平成 年 月 日			
	②	上記の者は、以下のとおり、当施設又は事業所と雇用関係を有し、常勤（非常勤の場合は、労働時間が常勤者の概ね4分3以上である者を含む）として従事する見込みまたは従事したことを証明します。				
	③	施設・事業所・機関の名称				
	④	施 設 種 類			④～⑥については、「相談援助実務の区分一覧表」（募集要項に同封及び上記二次元コードから表示）の記載内容をそのまま書き写してください。	
	⑤	職 種				
	⑥	施設・職種コード（4ケタ）				
	⑦	従 事 期 間	（開始日）□昭和 □平成 □令和 年 月 日 から （終了日）□昭和 □平成 □令和 年 月 日 までの 年 カ月 現在もお勤めの場合、終了日は下記「証明書作成日」と同じ日付をご記入ください（空欄不可）。 ただし、証明書作成日時点で入学に必要な従事期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までを記入してください。（令和9年3月31日まで算定可能）			

証 明 権 者 情 報	証 明 書 作 成 日	令和 年 月 日			
	法人・施設・事業所 ・ 機 関 の 名 称				
	所 在 地	(〒 -)			職 印
	代 表 者	役 職	氏 名		印
	証 明 書 作 成 者	所 属 ・ 役 職 等	氏 名		
		電 話 番 号	- -		印

【注意事項】

- ・本証明書は必ず施設等の証明権者の方が全項目をご記入ください。出願者本人が一部でも記入した場合には無効となります。
- ・裏面の記入例をよく読みご記入ください。
- ・用紙が不足する場合は、コピーしたものを使用してください。なお、当学科のホームページ内の「様式ダウンロード」ページから、本証明書をダウンロードいただけます。この場合には、印刷のうえご提出ください。
- ・記載内容を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の「職印」で訂正してください。修正液等で訂正したものは無効となります。
- ・従事期間に見込みの期間が含まれている場合は、入学に必要な従事期間を満たした後、直ちに実務経験証明書を提出してください。必要な従事期間を満たした実務経験証明書の提出が期日までにない場合は、入学資格を満たさなかったものとして、入学取り消しとなります。（最終提出期日：令和9年3月31日消印有効）
- ・本証明書に虚偽の記載や誤りがあった場合には、入学が無効となるほか、社会福祉士国家試験の受験資格や登録が取り消される場合があります。
- ・内容確認のため、本校より証明書作成者様に連絡をさせていただく場合がございます。

実務経験（見込）証明書〈施設・事業所・機関職員用〉記入例

記入例

相談援助実務の区分一覧表（冊子）

施設・事業所・機関職員用

実務経験（見込）証明書

日本こども福祉専門学校の長 殿

QRコード

相談援助実務の区分一覧表データ
※本証明書は④～⑥記入事項記載

①	フリガナ	ニホン フクオ	生年月日	昭和・平成 48年5月1日
②	氏名	日本 福男		
③	施設・事業所・機関の名称	ニフィス生活介護事業所		
④	施設の種類	生活介護を行う施設		
⑤	職種	生活支援員		
⑥	施設・職種コード（4ケタ）	1 2 7 1		
⑦	従事期間	（開始日）□昭和 □平成 ☒ 令和 5年4月1日から （終了日）□昭和 □平成 ☒ 令和 9年3月31日までの 4年0か月 現在もお勤めの場合、終了日は下記「証明書作成日」と同じ日付をご記入ください（空欄不可）。 ただし、証明書作成時点で入学に必要な従事期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までを記入してください。（令和9年3月31日まで算定可能）		
⑧	証明書作成日	令和 8年12月10日		
⑨	法人・施設・事業所・機関の名称	社会福祉法人 日本海福祉会		
⑩	所在地	〒950-0086 新潟県新潟市中央区花園○丁目○番地○		
⑪	代表者	役職	氏名	職印
		理事長	井口 福祉	
⑫	証明書作成者	所属・役職等	氏名	認印
		事務局	小林 福子	
		電話番号	025 - 999 - 9999	

障害者分野		施設・職種コード
施設の種類	相談援助業務の実務経験として認められる職種	
生活介護を行う施設	★生活支援員（※7）	1271
自立訓練（機能訓練）を行う施設（生活訓練）	★生活支援員（※7）	128
就労移行支援を行う施設（認定就労移行支援を含む）	★生活支援員（※7）	129
就労継続支援（A型、B型）	★生活支援員（※7）	129
就労定着支援を行う施設	★生活支援員（※7）	129
自立生活援助を行う施設	★生活支援員（※7）	129
短期入所を行う施設（身体障害者短期入所事業を含む）	★生活支援員（※7）	129
重度障害者等包括支援を行う施設	★生活支援員（※7）	129
共同生活介護を行う施設	★生活支援員（※7）	129
特定相談支援事業所	相談支援専門員	1601
相談支援事業を行う施設	相談支援員	1602
独立行政法人国立重度知的障害者総合施設「のぞみの園」	相談援助業務を行っている指導員	2301
発達障害者支援センター	相談支援を担当する職員	2461
	就労支援を担当する職員	2462

「施設種類」「職種」「施設・職種コード（4ケタ）」を『相談援助実務の区分一覧表』に記載以外の名称及び番号で記入した場合には、受付できません。

記入上のルール

- 【施設の名称】出願者が所属する（していた）施設・事業所・機関名をご記入ください。
- 【施設種類・職種・コード】④～⑥は、「相談援助実務の区分一覧表」に記載の名称及び番号（4ケタ）をそのまま書き写してください。
- 【従事期間】③の施設で⑤の職種として従事していた期間をご記入ください。証明書作成時に必要な期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までをご記入ください。（令和9年3月31日まで算定可能）
- 実務経験証明書を作成いただいたお日にちをご記入ください。
- 【法人の名称・所在地・代表者】「法人・施設・事業所・機関の名称」「所在地」「代表者名」はゴム印の押印で問題ございません。
- 【職印】証明権限を有する代表者（理事長、施設長、センター長、所長等）の職印を使用してください。個人経営等で職印がない場合に限り、行政等に書類を提出する際に使用する個人印を使用してください。
- 【証明書作成者】実際に当該証明書を作成した方（事務長、事務担当者等）について記入のうえ、認印を押印してください。

〈使用する様式〉

- ・「病院・診療所」「社会福祉協議会」以外の施設・事業所・機関の場合 ➡ P40「施設・事業所・機関職員用」
 - ・「病院・診療所」の場合（※1） ➡ P42「病院・診療所職員用」
 - ・「社会福祉協議会」の場合（※2） ➡ P44「社会福祉協議会職員用」
- （※1：指定介護療養型医療施設及び介護医療院の介護支援専門員の場合は、P40「施設・事業所・機関職員用」を使用）
 （※2：社会福祉協議会が運営する施設（事業）の場合は、P40「施設・事業所・機関職員用」を使用）



相談援助実務の区分一覧表データ
*本証明書④～⑥記入事項記載

実務経験（見込）証明書

日本こども福祉専門学校長 殿

出 願 者 情 報	①	フリガナ 氏 名	生 年 月 日 □昭和・□平成 年 月 日			
	②	上記の者は、以下のとおり、(ア) から (エ) までのすべての相談援助業務を行い、当病院・診療所と雇用関係を有し、常勤（非常勤の場合は、労働時間が常勤者の概ね4分3以上である者を含む）として従事する見込みまたは従事したことを証明します。 (ア) 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 (イ) 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 (ウ) 患者の社会復帰に係る相談援助 (エ) 以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動				
	③	医 療 機 関 の 名 称				
	④	医 療 機 関 種 類	□ 病院 □ 診療所			④は該当するものに✓を記入してください。
	⑤	職 種				⑤⑥については、「相談援助実務の区分一覧表」（募集要項に同封及び上記二次元コードから表示）の記載内容をそのまま書き写してください。
	⑥	施設・職種コード（4ケタ）	1	5	2	
	⑦	従 事 期 間	（開始日）□昭和 □平成 □令和 年 月 日 から （終了日）□昭和 □平成 □令和 年 月 日 までの 年 カ月 現在もお勤めの場合、終了日は下記「証明書作成日」と同じ日付をご記入ください（空欄不可）。 ただし、証明書作成日時点で入学に必要な従事期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までを記入してください。（令和9年3月31日まで算定可能）			

証 明 権 者 情 報	証明書作成日	令和 年 月 日		
	医療機関の名称			
	所在地	(〒 -)		職 印
	代 表 者	役 職	氏 名	印
	証明書作成者	所属・役職等	氏 名	
		電 話 番 号	-	-

【注意事項】

- ・本証明書は必ず施設等の証明権者の方が全項目をご記入ください。**出願者本人が一部でも記入した場合には無効となります。**
- ・裏面の記入例をよく読みご記入ください。
- ・用紙が不足する場合は、コピーしたものを使用してください。なお、当学科のホームページ内の「様式ダウンロード」ページから、本証明書をダウンロードいただけます。この場合には、印刷のうえご提出ください。
- ・記載内容を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の「職印」で訂正してください。修正液等で訂正したものは無効となります。
- ・従事期間に見込みの期間が含まれている場合は、入学に必要な従事期間を満たした後、直ちに実務経験証明書を提出してください。必要な従事期間を満たした実務経験証明書の提出が期日までにない場合は、入学資格を満たさなかったものとして、入学取り消しとなります。（最終提出期日：令和9年3月31日消印有効）
- ・本証明書に虚偽の記載や誤りがあった場合には、入学が無効となるほか、社会福祉士国家試験の受験資格や登録が取り消される場合があります。
- ・内容確認のため、本校より証明書作成者様に連絡をさせていただく場合がございます。

実務経験（見込）証明書〈病院・診療所職員用〉記入例

記入例

病院・診療所職員用 ※指定介護療養型医療施設及び介護医療院の「介護支援専門員」の場合は、施設・事業所・機関職員用を使用してください。

実務経験（見込）証明書

日本こども福祉専門学校長 殿

① 氏名 フリガナ ニホン フクオ 生年月日 昭和・平成 48年5月1日 氏名 日本 福男

② 上記の者は、以下のとおり、(ア)から(エ)までのすべての相談援助業務を行い、当病院・診療所と雇用関係を有し、常勤（非常勤の場合は、労働時間が常勤者の概ね4分3以上である者を含む）として従事する見込みまたは従事したことを証明します。
(ア) 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助
(イ) 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助
(ウ) 患者の社会復帰に係る相談援助
(エ) 以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動

③ 医療機関の名称 ニフイス病院

④ 医療機関種類 ☒ 病院 ☐ 診療所

⑤ 職種 相談員

⑥ 施設・職種コード（4ケタ） 1 5 2 1

⑦ 従事期間 (開始日) ☐ 昭和 ☒ 平成 48年4月1日から (終了日) ☐ 昭和 ☒ 平成 令和 9年3月31日までの 4年0ヵ月

現在もお勤めの場合、終了日は下記「証明書作成日」と同じ日付をご記入ください（空欄不可）。ただし、証明書作成日時点で入学に必要な従事期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までを記入してください。（令和9年3月31日まで算定可能）

⑧ 証明書作成日 令和 8年 12月 10日

⑨ 医療機関の名称 ニフイス病院

⑩ 所在地 (〒 950-0086) 新潟県新潟市中央区花園○丁目○番地○

⑪ 代表者 院長 井口 福祉

⑫ 証明書作成者 事務局 小林 福子

⑬ 電話番号 025-999-9999

相談援助実務の区分一覧表（冊子）

その他の分野		施設・職種コード
施設・種類	相談援助業務の実務経験として認められる職種	
医療法 病院・診療所	相談員（医療ソーシャルワーカー等） （ア）から（エ）までのすべての相談援助業務を行っている職員	1521
	退後生活環境相談員	1522
	1-（12）生 指導員	1491
	更生施設 1-（16）生 指導員	1501
	2-（1）指 導員（作業指導員、職業指導員を除く）	2591
	2-（1）指 導員（作業指導員、職業指導員を除く）	2601
	2-（1）指 導員（作業指導員、職業指導員を除く）	2931
	2-（6）生 支援員	5131
	2-（6）生 支援提供責任者	5132
	2-（6）主 相談支援員	2941
生活支援法 生活困窮者自立相談支援機関	相談支援員	2942
	生活困窮者就業準備支援事業を行う事業所	2943
	生活困窮者就業準備支援事業を行う事業所	2944
	生活困窮者就業準備支援事業を行う事業所	2945
	2-（6）家 改善支援員（家計相談支援員を含む）	1471
	2-（6）家 改善支援員（家計相談支援員を含む）	1472
	2-（6）家 改善支援員（家計相談支援員を含む）	1473
	2-（6）家 改善支援員（家計相談支援員を含む）	1474
	2-（6）家 改善支援員（家計相談支援員を含む）	1475
	2-（6）家 改善支援員（家計相談支援員を含む）	1476
社会福祉法 障害者福祉	生活保護法第55条の7第1項に規定する被保護者就業支援事業に従事する就業支援員	1488
	相談援助業務を行っている指導員	2611
	専門員（日常生活自立支援事業を行う職員）	2621
	相談援助業務を行っている職員（主として高齢者、障害者、児童、生活困窮者その他要援護者に対するものに限る。）	2622
	専門員（日常生活自立支援事業を行う職員）	2631
	福祉活動専門員	2632
	相談援助業務を行っている職員（主として高齢者、障害者、児童、生活困窮者その他要援護者に対するものに限る。）	2633
	2-（11）	
	2-（11）	
	2-（11）	

「職種」「施設・職種コード（4ケタ）」を『相談援助実務の区分一覧表』に記載以外の名称及び番号で記入した場合には、受付できません。

記入上のルール

- 【医療機関の名称】出願者が所属する（していた）医療機関名をご記入ください。
- 【医療機関種類・職種・コード】④は該当するものの口に✓印を記入してください。⑤⑥は、「相談援助実務の区分一覧表」に記載の名称及び番号（4ケタ）をそのまま書き写してください。
- 【従事期間】③の医療機関で⑤の職種として従事していた期間をご記入ください。証明書作成時に必要な期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までをご記入ください。（令和9年3月31日まで算定可能）
- 実務経験証明書を作成いただいたお日にちをご記入ください。
- 【医療機関の名称・所在地・代表者】「医療機関の名称」「所在地」「代表者名」はゴム印の押印で問題ございません。
- 【職印】証明権限を有する代表者（理事長、院長等）の職印を使用してください。個人経営等で職印がない場合に限り、行政等に書類を提出する際に使用する個人印を使用してください。
- 【証明書作成者】実際に当該証明書を作成した方（事務長、事務担当者等）について記入のうえ、認印を押印してください。

〈使用する様式〉

- ・「病院・診療所」「社会福祉協議会」以外の施設・事業所・機関の場合 ➡ P40「施設・事業所・機関職員用」
 - ・「病院・診療所」の場合（※1） ➡ P42「病院・診療所職員用」
 - ・「社会福祉協議会」の場合（※2） ➡ P44「社会福祉協議会職員用」
- （※1：指定介護療養型医療施設及び介護医療院の介護支援専門員の場合は、P40「施設・事業所・機関職員用」を使用）
（※2：社会福祉協議会が運営する施設（事業）の場合は、P40「施設・事業所・機関職員用」を使用）

相談援助実務の区分一覧表データ
*本証明書④～⑥記入事項記載

実務経験（見込）証明書

日本こども福祉専門学校長 殿

出 願 者 情 報	①	フリガナ 氏 名	生 年 月 日 □昭和・□平成 年 月 日				
	②	上記の者は、以下の相談援助業務を行い、当社会福祉協議会と雇用関係を有し、常勤（非常勤の場合は、労働時間が常勤者の概ね4分3以上である者を含む）として従事する見込みまたは従事したことを証明します。 〈業務内容〉主として高齢者、障害者、児童、生活困窮者その他要援護者に対する相談援助業務。					
	③	社会福祉協議会の名称					
	④	施設種類	④～⑥については、「相談援助実務の区分一覧表」（募集要項に同封及び上記二次元コードから表示）の記載内容をそのまま書き写してください。				
	⑤	職種					
	⑥	施設・職種コード（4ケタ）					2
	⑦	従事期間	（開始日）□昭和 □平成 □令和 年 月 日 から （終了日）□昭和 □平成 □令和 年 月 日 までの 年 カ月 現在もお勤めの場合、終了日は下記「証明書作成日」と同じ日付をご記入ください（空欄不可）。 ただし、証明書作成日時点で入学に必要な従事期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までを記入してください。（令和9年3月31日まで算定可能）				

証 明 権 者 情 報	証明書作成日	令和 年 月 日			
	社会福祉協議会の名称				
	所在地	(〒 -)			職 印
	代表者	役 職	氏 名		印
	証明書作成者	所属・役職等	氏 名		
		電話番号	- -		印

【注意事項】

- ・本証明書は必ず施設等の証明権者の方が全項目をご記入ください。出願者本人が一部でも記入した場合には無効となります。
- ・裏面の記入例をよく読みご記入ください。
- ・用紙が不足する場合は、コピーしたものを使用してください。なお、当学科のホームページ内の「様式ダウンロード」ページから、本証明書をダウンロードいただけます。この場合には、印刷のうえご提出ください。
- ・記載内容を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の「職印」で訂正してください。修正液等で訂正したものは無効となります。
- ・従事期間に見込みの期間が含まれている場合は、入学に必要な従事期間を満たした後、直ちに実務経験証明書を提出してください。必要な従事期間を満たした実務経験証明書の提出が期日までにない場合は、入学資格を満たさなかったものとして、入学取り消しとなります。（最終提出期日：令和9年3月31日消印有効）
- ・本証明書に虚偽の記載や誤りがあった場合には、入学が無効となるほか、社会福祉士国家試験の受験資格や登録が取り消される場合があります。
- ・内容確認のため、本校より証明書作成者様に連絡をさせていただく場合がございます。

実務経験（見込）証明書〈社会福祉協議会職員用〉記入例

記入例

社会福祉協議会職員用

※社協が運営する施設等職員の場合は、施設・事業所・機関職員用を使用してください。

実務経験（見込）証明書

日本こども福祉専門学校長 殿

① 氏名 フリガナ ニホン フクオ 生年月日 昭和・平成 48年5月1日

② 上記の者は、以下の相談援助業務を行い、当社会福祉協議会と雇用関係を有し、常勤（非常勤の場合は、労働時間が常勤者の概ね4分3以上である者を含む）として従事する見込みまたは従事したことを証明します。
〈業務内容〉主として高齢者、障害者、児童、生活困窮者その他の要援護者に対する相談援助業務。

③ 社会福祉協議会の名称 日本市社会福祉協議会

④ 施設種類 市(特別区を含む)町村社会福祉協議会

⑤ 職種 相談援助業務を行っている職員

⑥ 施設・職種コード(4ケタ) 2 6 3 3

⑦ 従事期間 (開始日) 昭和 平成 令和 5年4月1日から (終了日) 昭和 平成 令和 9年3月31日までの 4年0ヵ月
現在もお勤めの場合、終了日は下記「証明書作成日」と同じ日付をご記入ください(空欄不可)。ただし、証明書作成日時点で入学に必要な従事期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までを記入してください。(令和9年3月31日まで算定可能)

証明書作成日 令和 8年 12月 10日

社会福祉協議会の名称 社会福祉法人 日本市社会福祉協議会
(〒 950-0086)

所在地 新潟県新潟市中央区花園〇丁目〇番地〇

役職 氏名 会長 井口 福祉

所属・役職等 氏名 認印 事務局 小林 福子

証明書作成者 電話番号 025-999-9999

相談援助実務の区分一覧表（冊子）

その他の分野		施設・職種コード
施設種類	相談援助業務の実務経験として認められる職種	
医療法 病院・診療所	相談員（医療ソーシャルワーカー等） 次のアからエまでのすべての相談援助業務を行っている職員 ア 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 イ 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 ウ 患者の社会復帰に係る相談援助 エ 以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関・関係職種等との連携等の活動	1521
生活福祉法 日常生活支援居施設	生活支援提供責任者 主任相談支援員 相談支援員 就労支援員 就労準備支援担当者 査察指導（指導監督を行う職員）	5182 2941 2942 2943 2944 2945 1471
生活福祉法 生活困窮者自立相談支援事業を行っている自立相談支援機関	生活困窮者自立相談支援事業を行う事業所 生活困窮者家計・消費支援事業を行っている	2-106 2-107 2-108 2-109 2-110 2-111
生活福祉法 生活困窮者自立相談支援事業を行っている自立相談支援機関	知的障害 福祉司（指導監督を行う職員） 老人福祉 福祉司（指導監督を行う職員） 現業員・一スワーカー 家庭児童 福祉司 面接相談 福祉司 女性相談 福祉司 母子・父子自立支援員、母子相談員 「セーフティネット」支援対策等事業の実施について 別添1の3（1）に規定する就労支援員 生活保護 第5条の7第1項に規定する被保護者就労支援事業に従事する就労支援員	1-73 1-74 1-81 1-82 1-83 1-84 1-85 1-86 1-87 1-88
生活福祉法 障害者就労支援事業	相談援助 務を行っている指導員	2-111
生活福祉法 障害者就労支援事業	専門員（生活自立支援事業を行う職員）	2-121
生活福祉法 障害者就労支援事業	相談援助 務を行っている職員 主として高齢者、障害者、児童、生活困窮者その他の要援護者に対するものに限る。	2-122
生活福祉法 障害者就労支援事業	専門員（生活自立支援事業を行う職員）	2-131
生活福祉法 障害者就労支援事業	福祉活動 門員 相談援助業務を行っている職員 主として高齢者、障害者、児童、生活困窮者その他の要援護者に対するものに限る。	2-132 2633

記入上のルール

- ① 【社会福祉協議会の名称】出願者が所属する（していた）社会福祉協議会の名称をご記入ください。
- ② 【施設種類・職種・コード】④～⑥は、「相談援助実務の区分一覧表」に記載の名称及び番号（4ケタ）をそのまま書き写してください。
- ③ 【従事期間】③の社会福祉協議会で⑤の職種として従事していた期間をご記入ください。証明書作成時に必要な期間を満たさない場合は、必要な従事期間を満たす見込みの日までをご記入ください。（令和9年3月31日まで算定可能）
- ④ 実務経験証明書を作成いただいたお日にちをご記入ください。
- ⑤ 【社会福祉協議会の名称・所在地・代表者】「社会福祉協議会の名称」「所在地」「代表者名」はゴム印の押印で問題ございません。
- ⑥ 【職印】証明権限を有する代表者（会長等）の職印を使用してください。
- ⑦ 【証明書作成者】実際に当該証明書を作成した方（事務長、事務担当者等）について記入のうえ、認印を押印してください。

〈使用する様式〉

- ・「病院・診療所」「社会福祉協議会」以外の施設・事業所・機関の場合 ➡ P40「施設・事業所・機関職員用」
 - ・「病院・診療所」の場合（※1） ➡ P42「病院・診療所職員用」
 - ・「社会福祉協議会」の場合（※2） ➡ P44「社会福祉協議会職員用」
- （※1：指定介護療養型医療施設及び介護医療院の介護支援専門員の場合は、P40「施設・事業所・機関職員用」を使用）
- （※2：社会福祉協議会が運営する施設（事業）の場合は、P40「施設・事業所・機関職員用」を使用）