

精神保健福祉士用

令和7年度 実務経験証明書

※は記入しないでください。

※学籍番号		※受験番号	
-------	--	-------	--

該当する箇所に○をつけてください。

入学の種類	<input type="checkbox"/> 1年次入学	<input type="checkbox"/> 2年次編入学	<input type="checkbox"/> 3年次編入学
-------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

聖徳大学学長 殿 証明書作成日 令和 年 月 日

法人の名称			
施設・事業所在地	〒		職 印
電話番号	— —		
施設・事業所代表者	役 職	氏 名	
証明書作成者	所属・役職等	氏 名	

次の者は、以下のとおり、精神保健福祉士国家試験の受験資格に係る精神障害者の保健及び福祉に関する相談援助の業務に従事した（従事する見込みである）ことを証明します。

フリガナ				生 年 月 日			
氏 名				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生
				<input type="checkbox"/> 平成			
施設・事業所の名称							
施設(事業)種類				施 設	コ	ド	
職 種 (受験資格該当職名)				職 種	コ	ド	
従 業 期 間	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日から
	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和		年		月		日まで
実習免除に必要な従業期間は、1年以上となります。1年以上に満たない方は、1年の従業期間を満たす見込みの日までを記入してください。(春学期生として出願する場合は令和7年3月31日までに、秋学期生として出願する場合は令和7年9月30日までに1年以上の期間を満たすことが必要となります。)							

※施設(事業)種類、職種、施設コード、職種コードについては、「相談援助の業務の範囲」(6~7頁一覧表を参照)に掲載されているとおりご記入ください。それ以外の名称や名称を省略したものは、認められません。
 職種が「相談援助業務に従事する職員」と掲載されている施設(事業)種類においては、職種欄にそのまま記入してください。
 ※訂正された場合は、施設・事業所・機関の公印を押印してください。修正液は使用しないでください。
 ※実務経験が複数に分れる場合は、用紙をコピーして、複数枚の実務経験証明書に分けて、証明を受けてください。
 ※<申告書>と<証明書>は、整合性が取れていることを確認してください。

申請された実務経験や職種が事実と異なった場合は、国家試験の受験資格が得られなかったり、資格取得後に資格を取り消される場合があります。十分注意して、申請を行ってください。

この実務経験証明書を証明権限を有する代表者(理事長、施設長等)に作成してもらったときは、この証明書とこの様式の付いていた『聖徳大学実習免除リリースレット』を見せて証明してもらってください。

裏面のチェックシートも記入してください。

記入例

精福様式

精神保健福祉士用
令和7年度 実務経験証明書

※は記入しないでください。

申請番号 受験番号 **公印を捺印すること。**

該当する箇所には○をつけてください。

入学の種類 1年次入学 2年次編入学 3年次編入学

聖徳大学学長 職 証明書作成日 令和6年12月 / 日

法人の名称 **医療法人三和会**
施設・事業所所在地 **東京都中央区新富1-12-12**
電話番号 **03-5628-1234**
施設・事業所代表者 **院長 市川二郎**
証明書作成者 **医事課 木村真** (印)

次の者は、以下のとおり、精神障害者の社会復帰に関する相談援助業務(有する見込みである)ことを証明する。

フリガナ **イ ト**
氏名 **聖徳**
施設・事業所の名称 **医療法人三和会 浜野病院**
施設(事業)等種類 **精神科病院**
職(受験資格該当職種) **精神科リハビリター**
平成 令和 **23**年 **4**月 / 日から
平成 令和 **6**年 **12**月 / 日まで

訂正する場合は、訂正印を押してください。

現在も勤務を継続している場合は、証明書作成日を記入してください。

申請チェックシート

実務経験証明書を記入後に下記項目を確認し、確認欄に✓点を記載してください。

項目	確認欄
証明書作成日の記入はされていますか。	
法人および施設・事業所・機関名称の記入はされていますか。	
証明する施設・事業所・機関の所在地の記入はされていますか。	
施設(事業)は一覧表(6~7頁)の記載と同じですか。	
職種は一覧表(6~7頁)の記載と同じですか。	
施設・職種コードの記入はされていますか。	
従業期間は記入されていますか。	
施設・事業所・機関代表者の公印の捺印はされていますか。	
下記の注意事項の内容を確認されていますか。	
訂正箇所は施設・事業所・機関代表者の公印が押印されていますか。	

【注意】

精神保健福祉士の実習免除に必要な相談援助業務の内容

精神保健福祉士の実習免除を申請するには、下記の精神障害者の保健及び福祉に関する相談援助の業務に従事している必要があります。

相談援助の業務

精神保健福祉士の業務は、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のための必要な訓練その他の援助を行うことであることから、精神保健福祉士の国家試験の受験資格を得るために必要な実務経験については、次の①から⑤に該当する業務に、年間を通じた業務時間の概ね5割以上従事することが要件となります。

- ① 精神障害者の相談
精神障害者の精神疾患の状態にも配慮しつつ、その円滑な社会復帰に資する各種の情報提供
- ② 精神障害者に対する助言、指導
精神障害者に対して、その精神疾患の状態にも配慮しつつ、その退院後の住居や再就労の場の選択等について、積極的な提案、誘導
- 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
社会復帰の途上にある精神障害者に対し、時間を決めて洗面させる、清掃、洗濯等の習慣をつけさせる、公共交通機関の利用に慣れさせる等の生活技能を身につけるための訓練
- ④ 精神障害者に対するその他の援助
精神障害者自身がすることに困難が伴う手続きを代行し、社会復帰を目指す精神障害者を受け入れる側の家族、学校、会社等に精神障害に関する理解を求めると、個々の精神障害者のニーズに応じた多様な支援
- ⑤ 援助を行うための関係者との連絡、調整等
 - ・ ケースカンファレンス等の会議への出席
 - ・ ケース記録等の関係書類の整理
 - ・ 職員間の申し送り、連絡、調整
 - ・ 関係機関との連絡、調整

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

児童及び乳児の施設(事業)について

児童が利用者である施設においては、精神障害がある障害児に対する相談援助業務だけでなく、保護者が精神障害者の場合、精神障害者である保護者に対する相談援助業務も実務経験の対象となります。

ただし、乳児院においては、保護者が精神障害者の場合、精神障害者である保護者に対する相談援助業務が実務経験の対象となります。乳児に対する相談援助業務は、実務経験の対象とはなりません。