**チームリーダー的職務経験証明書（Ｂ）**

|  |
| --- |
| **１．証明を受けようとする者** |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 社会福祉士登録 | 登録番号： | 登録年月日：西暦　　　 年 　　月　　 日 |
| **２．証明事項** |
| 組織・機関の名称 |  |
| 施設機関の範囲（いずれかにチェックをしてください） | * 1．厚生労働省の通知「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について（昭和63年2月12日社庶第29号）」別添1で定めた指定施設機関及び職種である。
* 2．認定社会福祉士認証・認定機構が別に認める施設機関及び職種ア､イ､ウ､エである。
* 上記1.2以外
 |
| 部署名 |  |
| 職種 |  | 肩書き |  |
| 雇用・勤務形態 | 雇用形態　　□ あり　　□ なし勤務形態　　□ 常勤　 □ 非常勤　 □ その他（　　　　　　　　　　　　）　　 |
| チームリーダー的職務経験の期間 | 西暦　　 　年　 　　月　 　　日から西暦　　 　年　 　　月　　 　日まで | 計　　　　　年　　　　か月（うち休業期間　　年　　か月） |
| チームリーダー的職務経験の内容※組織・機関等における位置づけ、役割、具体的な業務内容等を記述し根拠書類等を添付してください。添付資料には、必ず出典を明記し、該当箇所に下線を引くなどしてください。 |  |

上記の者は、上記のとおりチームリーダー的職務経験があることに相違ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 証人の氏名 |  | ㊞ | 社会福祉士登録番号： |
| 連絡先 □自宅□勤務先 | 〒 |
| Tel： | Fax： | E-mail： |
| 所属機関名 |  | 部署名・肩書： |
| 職能団体 |  | 会員番号： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 証人の氏名 |  | ㊞ | 社会福祉士登録番号： |
| 連絡先 □自宅□勤務先 | 〒 |
| Tel： | Fax： | E-mail： |
| 所属機関名 |  | 部署名・肩書： |
| 職能団体 |  | 会員番号： |

＜注意事項＞

1. 本証明書は、職能団体に所属する社会福祉士2名の証人による署名・捺印を必要とします。
2. 本書の記載内容に虚偽等があった場合は無効となります。
3. 施設機関及び部署が複数となる場合は、本様式を複写して、施設機関及び部署ごとに作成してください。
4. 施設機関の範囲のうち、厚生労働省の通知の範囲については厚生労働省ホームページの所管の法令等のページもしくは当機構ホームページをご参照ください。
5. 経験期間については、社会福祉士資格取得後で、かつ認定申請時から過去10年以内のチームリーダー的職務経験について記入してください。そのうち、休業期間がある場合は明記してください。
6. 対象となる経験は、組織や機関において相談援助業務のマネジメントを行う管理業務（管理職）や複数の職員の業務の取りまとめ業務となります。民生委員・児童委員、保護司、家庭裁判所の調停委員、専門職後見人、保佐人、補助人及び後見監督人は、チームリーダー的職務経験に含めることはできません。