

증빙서류 제출 방법

- 일체의 인적사항 성명, 생년월일(주민등록번호), 주소, 사진 등 마스킹 처리
- 증빙서류 제출 예시

제 호

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE
보건복지부

사회복지사자격증


성 명 :

생년월일 :

등 급 : 1급

위 사람은 「사회복지사업법」 제11조에
따른 사회복지사 자격이 있음을 인정
합니다.

년 월 일

보건복지부장관 

경력증명서

제2026-007호

인적사항	성명	마스킹 처리	주민등록번호	마스킹처리
	주소	마스킹처리		
재직사항	소속	경기도사회서비스원 사업지원본부		
	직위	주임		
	기간	2026. 1. 1. ~ 2026. 5. 1.		
	업무내용	사업계획 수립, 운영 등		
용도	기관제출용	비고		

위와 같이 경력을 증명합니다.

2026. 5. 5.

경기도사회서비스원[직인]