

実務経験証明書

令和 年 月 日

愛媛県認知症介護実践者研修指定法人 御中

施設等の
所在地及び名称
職名・代表者名

(電話番号)

次の者は、以下のとおり **認知症高齢者介護の実務経験**を有することを証明します。

フリガナ	
氏 名	(年 月 日生)
施設(事業)種類	(指定・許可等の日付 年 月 日)
施設又は事業所名	
従事職種	
就業期間	年 月 日～ 年 月 日まで
うち介護等の業務に従事した日数	日 ※従事した日数とは、実際に業務に従事した具体的な日数のことです(休日、休暇、休職、研修等で業務に従事しなかった日は含みません)。

- ※勤務先の変更等により複数の施設・事業所がある場合は、その施設・事業所の長又は代表者が発行した実務経験証明書を提出してください。
- ※実務経験については、介護保険施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護医療院)・訪問介護事業所・訪問看護事業所・通所介護事業所・通所リハビリテーション事業所認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業所等における **認知症高齢者介護の実務経験が対象**となります。**認知症でない高齢者介護や、介護実務でない場合は対象となりません。**
- ※**不実又は錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。**
- ※実務経験就業期間365日のうち従事日数180日をもって1年に換算します。