

令和 6 年度 認知症介護実践リーダー研修 実務経験証明書

令和 年 月 日

一般社団法人長野県認知症介護指導者会

代表理事 宮島 渡 様

施設・事業所等の名称

所在地

代表者名

職印

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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生
氏 名			
施設または事業所名			
施設(事業)種類		従事職種 (職名)	
従業期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日		
うち介護等の業務 に従事した日数 ※2	日		

- ※1 勤務した施設・事業所ごと（1施設・事業所につき1枚）、その施設・事業所の代表者が作成した実務経験証明書を提出してください。
- ※2 施設・事業所においてサービスを直接提供する介護職員としての実務経験を対象とし、従業期間のうち、休暇・欠勤・出張・研修などの日を除いた日数をご記入ください。
 - 3 実務経験証明書について、不実または錯誤した内容の記載をした場合は、後日修了を取り消すことがあります。