**（実 - 様式2）**

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会

令和６年度 認知症介護実践研修（実践者研修）

**実務経験証明書**

令和　　 年　　 月　　 日

一般社団法人 岡山県老人保健施設協会

　　　　　　　　　会長　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 施設等の  所在地及び名称  代表者名 | 印 |
| （電話番号 | ） |

次の者は、以下のとおり介護業務の実務経験を有することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 | （　昭和・平成　 　　年　 　月　 　日生） |
| 施設（事業）種類 | （指定・許可等の日付　　平成・令和 　　年　　 月　　 日） |
| 施設又は  事業所名 |  |
| 従事職種  及び業務内容 |  |
| 従事期間  （注２） | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日まで |
| うち介護業務勤務形態及び従事日数、時間数  （注３） | 勤務形態　　（　　常勤　　・　　非常勤　　）  従事日数　　　　　　　　　　　　　　　　　日  従事時間数　　　　　　　　　　　　　　　時間 |

注１　勤務した施設・事業所ごとに、その施設・事業所の長又は代表者が発行した勤務形態別の実務経験証明書を提出して下さい。

２　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療養型医療施設）、訪問介護（ホームヘルプサービス）事業、訪問看護事業、通所介護（デイサービス）事業、通所リハビリテーション（デイケア）事業、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業等における**介護業務の実務経験が対象**となります。

３　申し込み時点で実務経験年数が２年に満たない場合、希望する研修開始日の前日までの見込み日数、時間数を記入して下さい。

なお、勤務形態が常勤の場合は日数のみ記入し、時間数は記入不要です。

４　施設（事業）種別欄に於いて、指定・許可等の更新があった場合は更新の日付を記入してください。

５　不実また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。

６　必ず代表者印を押印して下さい。