**（リ - 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（実践リーダー研修）

**実務経験証明書**

　　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 |
| うち介護等の業務に従事した日数（注３） | 日 |

注１　実務経験証明は、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に実務経験証明書を提出して下さい。

２　必ず代表者印を押印して下さい。

３　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。

４　施設（事業）種類欄に於いて、指定許可等の更新があった場合には、更新の日付を記入してください。

５　申し込み時点で実務経験年数が５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を記入して下さい。

６　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。

７　必ず代表者印を押印して下さい。