

令和5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

フリガナ		生年月日
氏名		昭和 平成 年 月 日
施設(事業)種類		
施設又は事業所名		
従事職種・業務		
従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
うち介護等の業務 に従事した日数 または時間	日(1日平均 時間)	

上記の者は、上記のとおり高齢者介護の実務経験を有することを証明します。

年 月 日

公益財団法人岡山市ふれあい公社 理事長 様

施設・事業所名

所属長名

印