

令和7年度 認知症介護実践研修(実践者研修)

実務経験証明書

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

代表者名 印
(電話番号 - -)

次の者は、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		生年月日
氏 名		昭和 年 月 日 平成
施設(事業)種類		
施設又は事業所名		
従事業務		
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 ・時間	日(1日平均 時間)	

※本研修の受講要件は「介護保険施設・事業所に従事する介護職員等実務経験2年程度以上(常勤換算で480日又は3,360時間以上)」となっており、2年以上についての証明があれば全ての実務経験を証明する必要はありません。

※「看護業務のみ」「介護支援専門員業務のみ」の場合は介護業務の実務経験にはあたりません。