

令和6年度三重県認知症介護実践リーダー研修（第二回）

実務経験証明書 兼 実務経験見込証明書

一般社団法人 明慎福祉会

会長 藤田 朋紀 様

※ 本証明書を提出される場合は、必ず介護福祉士資格者証の写しも併せて提出してください。

法人名称					
所在地	〒		—		
電話番号	—				職印
代表者	役職		氏名		
証明書作成者					

次のものは、以下の通り認知症介護実践リーダー研修を受講するにあたり、認知症介護実践者等養成研修に対する規約第七条 第三項の但し書きに係る実務経験を有することを証します。

フリガナ				
受講者氏名				
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日		
施設名・事業所名				
介護福祉士資格 取得後の従事期間 及び実務経験	従業期間			
	昭和・平成・令和	年 月 日	～	昭和・平成・令和
	上記従業期間内の実務経験日数 (休暇・欠勤・出張・研修などの日を除いた日数)		日	

- ※ 従業期間は、研修初日の前日までが対象となります。（例 研修初日が5月1日の場合、前日の4月30日となります。）
- ※ 通算 介護福祉士資格を取得してから 従業期間：10年以上 従事日数：1,800日以上 の証明が必要になります。
- ※ 実務経験証明書について、虚偽の証明又は錯誤した内容の記載をした場合、認知症介護実践者等養成研修受講者に対する規約第七条 第三項に非該当であると判断し、本人の本研修の修了を認めないものとする。
- ※ 証明内容を訂正した場合は、必ず二重線で消し証明権者の職印を押印してください。尚、修正液による訂正は認められません。