

(様式 2-②)

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会  
平成 24 年度 認知症介護実践リーダー研修

**実務経験証明書**

平成 年 月 日

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会  
会長 中田 清 様

施設等の  
所在地及び名称  
代表者名

職印

(電話番号 )

次の者は、以下のとおり認知症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	
氏 名	(昭和 年 月 日生)
施設(事業)種類	(指定・許可等の日付 平成 年 月 日)
施設又は事業所名	
従事職種	
従事期間 (注2)	平成 年 月 日～平成 年 月 日まで
うち介護等の業務 に従事した日数 (注2)	日

- 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実務経験証明書を提出してください。
- 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**認知症高齢者介護の実務経験が対象**となります。
- 3 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。