佐賀県認知症介護実践リーダー研修実施機関　代表者様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 受講希望者名 |  |
| 電話番号 |  |

実 務 経 験 確 認 書

介護福祉士資格**取得後**の介護職員としての実務経験についてご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 | 職務内容 | 従事期間 | 介護業務従事日数 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日　 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日　 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日　 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日　 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日　 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～年　　月　　日　 | 日 |
| 介護福祉士資格取得日（※資格証の写しを添付してください）年　　　月　　　日 | 合計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 |

* 認知症介護実践者研修を修了していない方、または、修了後1年以上経過していない方は、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験が必要です。
* 産休・育休・病休、その他の理由により直接介護業務に従事していない日数は、介護実務経験期間の合計日数には含みません。

上記が事実と相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

（事業主の署名）法人名：

代表者名：