|  |  |
| --- | --- |
| **受験番号** | ※事務局使用欄 |

※要コピー2部

※准専門士コピー不要

【様式２】

認知症ケア実務経験証明書

（本様式の記載事項はすべて，証明権限を有する施設・団体・機関等側にて記入してください）

認知症ケア専門士認定委員会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・団体・  機関等名称 |  |
| 代　表　者  氏　　　名 |  |

次の者が，以下のとおり当施設・団体・機関等において，認知症ケアの業務に従事していること，

またはしたことを証明します．

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 受験者氏名 |  | | 生 年  月 日  （西暦） | | 年　　月　　日 |
| 就業期間 | （西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日 ～ 　　　　　　年　　　月　　　日\* | | | | |
| ＊ 受験者が就業中の場合は，書類作成の年月日を記入してください． | | | | |
| ふりがな |  | | | | |
| 施設・団体・  機関等名称 |  | | | | |
| 施設・団体・  機関等所在地 | 〒　　　　－ | | | | |
| TEL |  | FAX | |  | |
| 勤務内容  （職種・職務内容等） |  | | | | |

【認知症ケア専門士 受験資格】

施設，団体，機関等において2013年4月1日～2023年3月31日の期間に3年以上の認知症ケアの実務経験を有する者．

（注意）１ 記載事項を訂正する場合は，必ず証明権限を有する代表者の職印（訂正印）で訂正してください．修正液等

で訂正したものは無効となりますので，注意してください．

２ 受験資格を証明する施設，団体，機関等は，認知症専門である必要はありません．また，職種や職務内容に

ついても，認知症ケアに携わっている限り制限はありません．

３ 複数の施設，団体，機関等の実務経験を申請する場合は，本様式をコピー（本様式のみコピーを原本として

使用可）し使用してください（認知症ケア専門士試験サイトからもダウンロードできます）．

【記入者の方へ】

記入見本は「受験の手引（P.21）」に掲載しています．