

年 月 日

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	印

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	1. 男 2. 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	〒 ー		
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2010年4月1日～2020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、機関等での実務経験を合わせて申請する場合は、本様式をコピーし使用してください。