

認知症介護実務経験証明書

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所長 様

受講申込書の認知症介護実務経験において、本書を提出します。

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

研修名

研修年度	研修回	研修名（該当するいずれかの研修に☑をしてください）
□ 平成 □ 令和	年度	□ 【1】 認知症介護実践研修(実践者研修)
		□ 【2】 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)
	回	□ 【3】 認知症対応型サービス事業開設者研修
		□ 【4】 認知症対応型サービス事業管理者研修
		□ 【5】 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

※研修年度、受講希望回を必ず記入して下さい。

申込責任者（申込事務担当者）

※申込責任者は原則として受講希望者の所属長になります。

会社・病院等 法人名				所属長印
部署・施設・事業所名				印
現 所属長	役職	氏名		

申込者（受講希望者）

ふりがな			性別	生年月日		年齢	申込者本人印
氏名	(姓)	(名)	男 女	昭和 平成	年 月 日生	歳	印
現 勤務先（施設・事業所名）							
認知症介護実務経験※	勤務先等の名称	所在地市町名	職 種	実務経験従事（見込）期間		従事年月数	
	①	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	②	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	③	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	④	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	⑤	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	⑥	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	⑦	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	⑧	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	⑨	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
	⑩	市町		平成 令和	年 月 ~ 年 月	年 月	年 ヶ月
認知症介護実務経験総年月数						年 ヶ月	
※上記経験以外も含む総年月数（必ず記入）							

※ 認知症介護実務経験は、申込書に記入した分も含めて記入してください。

※ 直近の実務経験から過去に遡り、①→⑩の順に記入してください。

※ 認知症介護実務経験は、過去に勤務した施設・事業所の実務経験年数を含め、
認知症介護実践研修（実践者研修）は直近2年以上、
認知症介護実践研修（実践リーダー研修）は直近5年以上
の経験の記入が必要です。（受講希望研修1日目の前月末時点）

※ その他、実施要件で認知症介護の実務に従事している証明が必要な場合提出してください。

※ 認知症介護実務経験総年月数は、申込書と同じ年月数を記入してください。

※ 認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）の場合、認知症介護実務経験総年月数が、認知症介護実務経験欄①～⑩の総数と同じになる必要はありません。

実務経験は、認知症の人の介護に関する経験です。
認知症の人に入浴、排せつ、食事その他の介護を行う業務になります。

本様式は、申込書の認知症介護実務経験欄だけでは必要年数が不足する場合等において、提出が必要になります。