（別紙7－2）

和歌山県認知症介護実践リーダー研修受講にかかる

実務経験に関する証明書

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人喜成会

理事長　山野　雅弘　様

法人所在地：

法人名称：　　　　　　　　　　　　印

代表者職・氏名：

電話番号：

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 所属施設又は所属事業所名 | 施設・事業所の種別（　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属施設又は所属事業所住所 | 〒 |
| 介護福祉士資格取得日以降の  実務経験期間  （介護福祉士資格取得した日から起算して、10年以上の実務経験が必要）  ※リーダー研修初日前日まで加算可能 | 年　　　月　　　日  ～　　　　年　　　月　　　日  　合計【　　　　年　　　ヶ月】 |
| うち業務に従事した日数  （介護福祉士資格取得した日から起算して、10年以上1,800日以上の実務経験が必要） | 日 |

〈留意事項〉

・本証明書記載内容に相違がないことを確認するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管し、奈良県からの求めがあった場合には、速やかに確認資料等を提出すること。

・本証明書への虚偽記載等の不正があった場合、もしくは要件を満たさない事実が判明した場合は、当該研修の受講決定や研修修了の取消等の措置をとることがあります。