

(様式2)

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会  
令和6年度 認知症介護実践研修(実践者研修)

## 実務経験証明書

令和 6 年 5 月 10 日

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 会長 様

法人・施設名 社会福祉法人 ○○○

所在地 岡山市北区○○○○-○○

代表者名 理事長 ○○ ○○

公印

電話番号 ( 086 - ○○○ - ○○○○ )

下記の者は、当施設(事業所)において以下のとおり勤務し、高齢者介護の実務経験を有することを証明します。

ふりがな	おかもも	たろう	生年月日
氏名	(姓) 岡 桃	(名) 太 郎	昭和 4年 4月 25日 平成
施設・事業所名	おかやまデイサービスセンター		
役職・職種名	介護職員		
従事業務	認知症介護を含む介護業務		
従事期間	令和元年 4月 1日 ~ 令和5年 3月 31日		

※ 本研修の受講要件は「介護保険施設・事業所に従事する介護職員等の介護実務経験2年を有する者であり、2年以上についての証明があればすべての実務経験を証明する必要はありません。

※ 「看護業務のみ」「介護支援専門員業務のみ」の場合は介護業務の実務経験にはあたりません。