

(複数必要な場合はコピーをして使用してください)

※介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1800日以上の実務経験で申し込まれる方の確認書です。

## 令和6年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修実務経験証明書

令和6年 月 日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会長 様

証明者の所在地  
証明者の名称  
代表者名

(電話番号)  
(担当者名)

印

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。

被証明者	名前		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	施設又は事業所の種別・名称	(事業所の種別)		(事業所の名称)
	施設又は事業所の所在地	〒 -		
	介護福祉士資格取得日	年 月 日取得 取得日から10年以上受講対象 (注) 必ず、介護福祉士の資格証コピーを添付してください。		
	介護職員実務期間	※資格に基づく業務は当該免許等の登録年月日以降の期間をご記入ください。 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月)		
	実務日数	日 ※休日、休暇等を除いて、利用者に直接提供する介護業務に従事した日数を正確に記入してください。		

※この証明書に記載されている個人情報については、この研修の運営管理のみに使用します。

※虚偽申請された場合、修了証を発行いたしません。