

別添 1

複数の事業所の実務経験を通算し2年以上になる場合、前事業所の実務経験をご記入ください

新さっぽろ福祉カレッジ（株式会社グラン・メディコ）
令和5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 年 月 日

株式会社グラン・メディコ
代表取締役 菅原 裕之

法人名／施設名
代表者氏名 印

下記の1もしくは2にチェックをつけたうえ、【記載欄】に必要事項を記入してください。

- 1. 次の者は、以下の記載のとおり介護業務の実務経験を有することを証明します。
- 2. 次の者は、以下の記載のとおり居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員であって、認知症の利用者に係る計画等作成の経験を有することを証明します。

【記載欄】

フリガナ		性別	男 ・ 女	
受講者 氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
施設・ 事業所名		サービスの種類 【○印】	グループホーム・小規模多機能型居宅介護・訪問介護・通所介護・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・病院・居宅介護支援事業所 その他（ ）	
		指定・許可 等の日付	年 月 日	
所在地 住所	〒	TEL		
		FAX		
従事歴	従事期間		通算期間	業務内容
	年 月 日～ 年 月 日		年 ヲ月	
	うち介護業務に従事した期間		通算期間	
年 月 日～ 年 月 日		年 ヲ月		

※ 勤務した施設・事業所ごとに、その施設・事業所の長又は代表者の記名押印をお願いいたします。

※ 実務経験については、以下のどちらかが対象となります。両方の経験年数は合算できません。

- ・介護保険法第8条第24項に規定する介護保険施設、同法第41条に規定する指定居宅サービス事業所又は同法第42条の2に規定する指定地域密着型サービス事業所等における介護実務経験
- ・居宅介護事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員の認知症の利用者に係る計画等作成の経験