

(様式2)

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会
令和7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 7 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 2 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 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。