

認知症介護実践リーダー研修 実務経験証明書  
(兼 実務経験見込み証明書)

令和 年 月 日

一般社団法人 愛知県介護福祉士会 会長様

施設又は事業所の所在地

名 称

代表者名

印

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。

氏 名	( 年 月 日 生)	
施設又は 事業所	名 称	
	所在地	
介護等の業務に 従事した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	(通算日数 日)
うち、現に就 労した日数	日	
業務内容		
施設等の種別		

※ うち、「現に就労した日数」とは、介護等の業務に従事した日数から、休日、休暇、病気、出張、研修等で業務に従事しなかった日数を、除いてください。

※ 従業期間は令和8年3月31日までを対象としますが、証明書作成日に翌日以降を含める場合は実務経験見込み証明書となりますので、研修初日に実務経験を満たした内容の証明書を再度提出してください。

※ 従業期間として、介護福祉士を取得した日から起算して10年以上、かつ、1800日以上の実務経験の証明が必要です。

代表者の方へ

- ① 実務経験証明書について、不実または錯誤した内容の記載をした場合、本研修の受講は無効とする処分を行います。
- ② 記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。