

令和 7 年度認知症介護実践リーダー研修
介護福祉士 実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団
研修指導センター 所長 様

法人名

施設・事業所所在地 〒

施設・事業所電話番号

施設・事業所代表者職・氏名

印

証明担当者職・氏名

下記の者が、認知症介護実践リーダー研修の受講要件「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、1,800日以上の実務経験を有する者」に該当する実務日数を有することを確認しました。ついては、下記申込者の実務経験が下記のとおりであることを証明します。

氏名	
生年月日	年 月 日
介護福祉士資格 取得日	年 月 日取得 ※取得日から10年以上経過：受講対象 ※介護福祉士資格者証の写しを添付
従事期間 (A+B+C+D)	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 (a+b+c+d)	合計 日
施設・事業所名	
従事期間 A	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 a	日
施設・事業所名	
従事期間 B	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 b	日
施設・事業所名	
従事期間 C	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 c	日
施設・事業所名	
従事期間 D	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 d	日

※この証明書は、受講申込希望者の介護福祉士資格取得後の実務経験を証明するものです。

※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従事した期間・日数のみご記入ください。(看護業務、相談業務に従事した期間は含みません)

※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日以上の実務経験を記入してください。

※申し込み時に記入していただいた個人情報、本研修事業でのみ使用いたします。

裏面もご確認ください

裏面

<備考>

- 1 現在、在職の同一法人（施設・事業所等）で実務経験が合計10年以上（1,800日）ある場合は、本様式で証明してください。
- 2 同一法人で10年以上（1,800日）の証明ができない場合には、他法人等の実務経験証明書と合わせて10年以上の証明となるようにしてください。
- 3 従事日数欄は、実際に業務に従事した日数を計算し、記入してください。
- 4 従事日数は、サービスを利用者に直接提供する介護職員として従事した日数です。法人本部に所属していた等の期間は含まれません。
- 5 介護福祉士資格を取得する以前の期間は含まれません。
- 6 用紙が不足する場合は、原本をコピーしてご使用ください。

※ オンライン申込みの方は、これらの書類を申込みと同時に研修指導センターへ郵送してください。

※ 市町村申込みの方は、申込書に添付し提出してください。

※ 研修指導センターで受講者の選定を行う際に、書類が届いていない場合は選考できませんのでご注意ください。