令和７年度　認知症介護実践研修（実践リーダー研修）

**実務経験の確認のため、勤務状況について下記に記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設・  事業所名 |  | | 氏　名 | 印 | |
| 介護福祉士取得日 |  | | | | |
| 実務経験 | 勤務先名称 | 業務内容 | | | 従事期間 |
| 例）  ○○○事業所 | 例）  食事介助、入浴介助 | | | 例）  R1年4月　～　R2年6月  　　（　　　　　　日） |
|  |  | | | 年　月～　　月　日  　　（　　　　　　日） |
|  |  | | | 年　月～　　月　日  　　（　　　　　　日） |
|  |  | | | 年　月～　　月　日  　　（　　　　　　日） |
|  |  | | | 年　月～　　月　日  　　（　　　　　　日） |
|  |  | | | 年　月～　　月　日  　　（　　　　　　日） |
| 通算期間　　　　　　　　　　日 | | | | |