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 |