（別紙１）

受講者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **従事履歴（現事業所等も含む）** | | |
| 所属事業所・施設等 | 実務期間  （うち認知症介護実務期間） | 職名・職務内容等 |
|  | 年　　　ヶ月  （　　　年　　　ヶ月） |  |
|  | 年　　　ヶ月  （　　　年　　　ヶ月） |  |
|  | 年　　　ヶ月  （　　　年　　　ヶ月） |  |
|  | 年　　　ヶ月  （　　　年　　　ヶ月） |  |
|  | 年　　　ヶ月  （　　　年　　　ヶ月） |  |
|  | 年　　　ヶ月  （　　　年　　　ヶ月） |  |
| 高齢者介護実務期間の合計 | 年　　　ヶ月  （　　　年　　　ヶ月） |  |