（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） |  |