

## 実務経験確認書

介護福祉士登録後の介護実務経験について記入してください。

施設・事業所名	職務内容	従事期間	介護業務に従事した日数
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
		年 月 日～ 年 月 日	日
介護福祉士の登録日 年 月 日		合計 日	

※ 認知症介護実践者研修未修了の方は、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日以上の実務経験が必要です。

※ 産休・育休・病休、その他の理由により直接介護業務に従事していない日数は、介護実務経験期間の合計日数には含みません。