（第３号様式）

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 |
| 介護福祉士の登録日  年　　月　　日 | | 合計  日 | |

※　認知症介護実践研修（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（週休日等勤務を要しない日も含む）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。