

<b>様式 2</b>	<b>認知症ケア専門士・認知症ケア上級専門士 在籍証明書</b>
-------------	----------------------------------

↓下記枠内を記入してください。

No.	氏 名	専門士番号	生年月日（西暦）
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日

↓下記枠内を記入してください。

法 人 名	
機 関 名（事業所名）	
代 表 者 氏 名	⑩

【注意】制度規則第4条の定めにより、現に申請者と雇用関係のある認知症ケア専門士または認知症ケア上級専門士の合計在籍数が2名以上であることが必要です。

事務局記入欄	
--------	--