

准考證號碼

※試務中心填寫

高齡照護實務經驗證明書

致 國際專業失智症照護認證(DCE)試務中心

| | |
|----------|-------------|
| 機構名稱 | |
| 代表人 / 主管 | (簽名 / 蓋章) |

| | | | |
|------------------------------|---------------|-----------------|-------|
| 申請人中文姓名 | | 性別 (圈選) | 男 · 女 |
| 申請人英文拼音 (與護照相同) | | 出生年月日 (西元) | 年 月 日 |
| 在職期間 (西元) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 機構名稱 | | | |
| 地址 | | | |
| 代表號電話 | | 傳真 | |
| 工作內容 (請詳細填寫職稱 、業務內容) | | | |

【注意事項】

1. 高齡照護實務經驗應為 10 年內之工作經驗。
2. 此為正式文件，簽章不得塗改。
3. 提供高齡實務經驗證明之機構或單位，非失智症專業機構亦可。職務內容並無限定為失智症照護職務。
4. 實務經驗中不包含義工活動與實習等。
5. 若申請人擁有一個以上的工作證明，請將此證明書複印後使用。