|  |  |
| --- | --- |
| **准考證號** | ※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 | （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 |  | | |
| 機構英文名稱 |  | | |
| 地址（含郵遞區號） |  | | |
| 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. 高齡照護實務經驗計算至2019年3月31日。

2. 此為正式文件，蓋章不得塗改。

3. 提供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. 如果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。