

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。