

<b>准考證號</b>	※試務中心填寫
-------------	---------

年 月 日

### 失智症照護實務經驗證明書

(本表單須經有證明權限之機構／團體／機關等記錄)

致 國際專業失智症照護認證(DCE)試務中心

機構／團體／機關 中文名稱	
代表人／主管 姓名	(用印)

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／團體／機關 中文名稱			
機構／團體／機關 英文名稱			
機構／團體／機關 地址(含郵遞區號)			
代表號電話		傳真	
工作內容 (職稱、業務內容等)			

#### 【失智症照護認證考試資格】

在各機構／團體／機關等擁有三年或以上失智症照護實務經驗的工作者(計算至2017年6月30日)。

- 1.此為正式文件，務必用印並不得塗改，如有塗改則不受理。
- 2.此機構／團體／機關並不限定為失智症專門機構，職務也不限定為失智症照護職務。
- 3.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。