|  |  |
| --- | --- |
| **准考證號** | ※試務中心填寫 |

年 月 日

**失智症照護實務經驗證明書**

（本表單必須經由有證明權限之機構／團體／機關等記載）

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  （請詳細填寫職稱、業務等內容） |  | | |

**【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高齡照護相關實務經驗的工作者（計算至2018年3月31日）。

1.此為正式文件，務必用印並不得塗改，如有塗改則不接受。

2.此機構／團體／機關不需要為失智症專門機構，而考生職務亦不限於失智症照護。

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。