|  |  |
| --- | --- |
| **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。