**代表者・管理者・計画作成担当者　経 歴 書**

（参考様式２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | |  | | | | 担当  職種 | |  |
| カナ |  | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | (郵便番号　　　－　　　　) | | |  | | | （ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　） | |
| 主　　な　　職　　歴　　等 | | | | | | | | |
| （勤務期間： 年 月～ 年 月） | | | 勤　　務　　先　　等 | | | | | 職　務　内　容 |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
| 職務に関連する資格 | | | | | | | | |
| 資 格 の 種 類 | | | | | 資 格 取 得 年 月 | | | |
|  | | | | |  | | | |
| ・研修の受講状況  認知症対応型サービス事業開設者研修（ 有□ / 無□ ）  認知症介護サービス事業管理者研修（ 有□ / 無□ ）  小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（ 有□ / 無□ ）  認知症介護実践者研修又は認知症(痴呆症)実務者研修(基礎課程)（ 有□ / 無□ ）  　　その他の研修（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

備考１　住所・電話番号は，自宅のものを記載してください。

　　２　職務内容欄には，事業所等で担当していた職務を具体的に記載してください。

　　３「研修修了証の写し」及び「介護支援専門員の登録通知（8桁の登録番号が記載されているもの）」を添付してください。