（添付書類２－５）

**計画作成担当者 経歴書（認知症対応型共同生活介護）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 住所 | | (郵便番号　　　　　　　－　　　　　　) | | | | | 電 話 番 号 | |  | |
| 主　　な　　職　　歴　　等 | | | | | | | | | | |
| 年　月　～　　年　　月 | | | 勤　務　先　等 | | | | | | | 職務内容 |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  |
| 職務に関連する資格 | | | | | | | | | | |
| （１）　　介護支援専門員の資格　　　　（　　あり　　・　　なし　　→＊なしの場合、（２）へ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ある場合は、介護支援専門員証の写しを添付 | | | | | | | | | | |
| （２）　認知症高齢者の介護サービス計画の作成経験について具体的に記載してください。  　　　　（介護支援専門員の資格がない場合） | | | | | | | | | | |
| 研修受講状況  （修了した研修については修了証の写しを添付して下さい。） | | | | | | | | | | |
| １ | 認知症介護実践研修（実践者研修） | | | | 年　　月　　日　修了 | | | | | |

備考１　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。