　（別紙７）

**計画作成担当者経歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |
| 資 格 の 種 類 | | | | 資　格　取　得　年　月 | | |
| □介護支援専門員（　登録番号　　　　　　　　　） | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 備　考（研修等の受講の状況等）  **★認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は以下を記載**  ・**認知症介護実践者研修**…**□修了（修了年月日　　年　　月　　日）**  **□未修了（□受講申込済（　　年　　月開催分） ・ □受講申込未）**  ・認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）　　　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日）  **★小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は以下を記載**  ・**小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修**…**□修了（修了年月日　　年　　月　　日）**  **□未修了（□受講申込済（　　年　　月開催分） ・ □受講申込未）** | | | | | | |