（様式14）

【認知症対応型共同生活介護】

計画作成担当者　経歴書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　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 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 厚生労働大臣の定める研修の受講状況 | | | | | | |
| 研修名 | | | 研修修了年月  ※未受講の場合、修了予定年月を記載 | | | |
| ・認知症介護実践者研修  または旧痴呆介護実務者研修（基礎課程） | | |  | | | |
| 職務に関連する資格の種類 | | | 資格取得年月 | | | |
|  | | |  | | | |

備考　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。