（様式12）

管理者　経歴書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所種別　（いずれかに〇） | | 小規模　・　看護小規模　・　ＧＨ　　・　定期巡回・　地密特定 | | | | |
| 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 | | | |
| ・認知症対応型サービス事業管理者研修  　（定巡・地密特定は除く）  ・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）  　（定巡・地密特定は除く） | | |  | | | |
| 認知症である者の介護に従事した期間 | | | 年　　月　～　　　年　　月  （合計：　　年　　月） | | | |
| 職務に関連する資格の種類 | | | 資格取得年月 | | | |
|  | | |  | | | |

備考

１　当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設の名称」欄を適宜拡張して、その　全てを記入してください。

２　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

３　「認知症である者の介護に従事した期間」は、３年以上必要です。