（様式　７）

**計画作成担当者経歴書**

**※提出の際は，必ず本人の同意を得てください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所名（仮称） | |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 氏　名 |  | | | |
| ※以下は，認知症介護の経験が分かるように記入してください。 | | | | | | | | |
| 主　　な　　職　　歴　　等 | | | | | | | | |
| 年　月　～　　年　月 | | | 期間 | 勤　務　先　等 | | | | 職務内容 |
|  | | | 年　　か月 |  | | | |  |
|  | | | 年　　か月 |  | | | |  |
|  | | | 年　　か月 |  | | | |  |
|  | | | 年　　か月 |  | | | |  |
|  | | | 年　　か月 |  | | | |  |
|  | | | 年　　か月 |  | | | |  |
|  | | | 年　　か月 |  | | | |  |
| 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 | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |
| 厚生労働省令に定める研修の受講の状況  　認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　　　　未受講・受講済（　　年　　月　　日）  ※受講済の場合は，本人の同意を得て，修了証書の写しを添付してください。 | | | | | | | | |

　※職歴等の年数は、令和４年７月１日を基準に記入してください。