（様式　６）

**管　理　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、認知症介護及び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 | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
| 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 | | | （修了日　　年　　月　　日） | | | |  |
| 認知症対応型サービス事業管理者研修 | | | | 未受講・受講済 | | | （修了日　　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６年９月１日を基準に記入してください。