

(参考様式2)

代表者 経歴書

事業所又は施設の名称			
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
1 認知症高齢者介護に関する経歴			
2 保健医療サービスまたは福祉サービスの経営に関する経歴			役職
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
備考(研修等の受講の状況等)			
厚生労働省令に定める研修について(認知症対応型サービス事業開設者研修、実践者研修など)			
受講済(研修名:)			
未受講			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

※代表者とは、介護保険法上の代表者です。したがって、必ずしも代表取締役になるとは限りません。

※職務内容については、なるべく具体的に表現してください。(特に認知症高齢者の介護に従事した経験又は保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験の有無を含めてご記入ください。)

※経営に関する経歴についてなるべく具体的に表現してください。(法人名に加え、事業所及びサービスの名称もご記入ください。)

(参考様式2)

管理者 経歴書

事業所又は施設の名称			
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	
備考(研修等の受講の状況等)			
厚生労働省令に定める研修について(認知症対応型サービス事業管理者研修、実践者研修など)			
受講済(研修名:)			
未受講			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
※当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。
※職務内容については、なるべく具体的に表現してください。(特に認知症高齢者の介護に従事した経験の有無を含めてご記入ください。)
※管理者とは、介護保険法上の管理者です。法人の任意により別途施設長、所長等を設ける場合であっても、この用紙には、介護保険法上の管理者を記入してください。

(参考様式2)

計画作成担当者 経歴書

事業所又は施設の名称				
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		
備考(研修等の受講の状況等)				
厚生労働省令に定める研修について(実践者研修、基礎課程など) 受講済(研修名:) 未受講				

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
※職務内容については、なるべく具体的に表現してください。(特に保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関する経験の有無を含めてご記入ください。)
※介護支援専門員の資格がある場合は、介護支援専門員証の写しを添付してください。

(参考様式2)

生活相談員 経歴書

事業所又は施設の名称			
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	
備 考			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
※職務内容については、なるべく具体的に表現してください。（特に認知症高齢者の介護に従事した経験の有無を含めてご記入ください。）

(参考様式2)

機能訓練指導員 経歴書

事業所又は施設の名称			
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		
備考			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
※職務内容については、なるべく具体的に表現してください。(特に機能訓練指導に従事した経験の有無を含めてご記入ください。)

(参考様式2)

オペレーター 経歴書

事業所又は施設の名称			
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	
備考			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
※職務内容については、なるべく具体的に表現してください。(特にサービス提供責任者として従事した経験の有無を含めてご記入ください。)