

(参考様式2—3)

計 画 作 成 担 当 者 経 歴 書

事業所の名称		担当ユニット名	
フリガナ		介護支援専門 員番号	
氏名		生年月日	年 月 日
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)			

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

- 2 認知症対応型サービス事業管理者研修、実践者研修（基礎課程、専門課程）、実践研修（実践者研修、実践リーダー研修）及び認知症介護指導者養成研修については、必ず備考に記載してください。
- 3 受講した研修のうち、認知症対応型サービス実践者研修（基礎課程）、実践研修（実践者研修）は修了証の写しを添付してください。
- 4 介護支援専門員である計画作成担当者は、介護支援専門証の写しを添付してください。