

(参考様式 2)

管 理 者 経 歴 書

事業所又は施設の名称		940 - 認知症対応型共同生活介護事業所	
フリガナ		生年月日	昭和
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
~昭和	高校 卒		
昭和 ~昭和	事業所 勤務		看護師
昭和 ~平成	ホーム 勤務		相談員
平成 ~現在	事業所 勤務		相談員、管理者
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
(看護師の場合) 看護師免許		平成 年 月 日取得	
(社会福祉士の場合) 社会福祉士		平成 年 月 日取得	
(ヘルパーの場合) ヘルパー 級		平成 年 月 日取得	
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 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。

(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		940 - 認知症対応型共同生活介護事業所	
フリガナ		生年月日	昭和
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
~昭和	高校 卒		
昭和 ~昭和	事業所 勤務		看護師
昭和 ~平成	ホーム 勤務		相談員
平成 ~現在	事業所 勤務		相談員、管理者
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
(看護師の場合) 看護師免許		平成 年 月 日取得	
(社会福祉士の場合) 社会福祉士		平成 年 月 日取得	
(ヘルパーの場合) ヘルパー 級		平成 年 月 日取得	
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。