**（様式５－２）**

**計画作成担当者(介護支援専門員)経歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
| □介護支援専門員（　登録番号　　　　　　　　　） | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 備　考（研修等の受講の状況等）  **★小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護は以下を記載**  ・**小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修**…**□修了（修了年月日　　年　　月　　日）**  **□未修了（□受講申込済（　　年　　月開催分） ・ □受講申込未）** | | | | | | |