

## 従事（予定）者の概要

（共同生活住居 1・2）

代表者（予定）	主な経歴、職務内容			年 月～ 年 月
フリガナ				
氏名				
	代表者の要件を満たす研修とその修了・取得状況			
	研修名：			年 月 日（修了・修了予定）
管理者（予定）	主な経歴、職務内容			年 月～ 年 月
フリガナ				
氏名				
	管理者の要件を満たす研修とその修了・取得状況			
	研修名：			年 月 日（修了・修了予定）
	専従・兼務（兼務の場合は兼務する職種）			
計画作成担当者（予定）	認知症介護に関する研修とその修了・取得状況			
フリガナ				年 月 日（修了・修了予定）
氏名	専従・兼務（兼務の場合は兼務する職種）			
	介護支援専門員資格（有・無）（無の場合は認知症者の計画作成に関する実務経験を記載）			
介護従業者（予定）	専従	兼務	うち、有資格者（資格名、人数）	
常勤（人）				
非常勤（人）				
合計（人）				
職員に対する研修体制				
職員採用計画・方法				

※共同生活住居ごとに作成してください。