（様式６－４ ）

認知症地域支援推進員経歴書

法人名			
カナ		生年月日	年　月　日
氏名			
住所	（郵便番号　－　）		

主　な　職　歴　等

年　月 ～ 年　月	勤　務　先　等	職　務　内　容

最終学歴

年　月	

職務に関連する資格

資格の種類	資格取得年月

これまでに相談援助業務の経験がある場合は、業務内容等を具体的に記載してください。

備　考（研修等の受講の状況等）

備考１　住所は、自宅のものを記入してください。

２　裏面に資格証(保健師等の場合は、保健師又は看護師免許証、社会福祉士は登録証、主任介護支援専門員については、介護支援専門員の登録証及び主任介護支援専門員研修の修了証明書)を添付してください。

３　配置職員が未定の場合（新たに職員を募集・採用する場合等）はその旨を記載してください。この場合資格証は必要ありません。

４　最終学歴は、大学（学部名を含む。）・学校等の名称及び修了状況（○○大学△△学部卒業など）を記入してください。