

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 計画作成担当者の1年間の配置状況 ( 年 月～ 年 月)

ユニット名	氏名	住所	介護支援専門員の資格 (資格が無い場合は、記入不要)	計画作成担当者としての在職期間	兼務状況
			資格取得年月日 ( 年 月 日) 登録番号 ( ) 取得地 ( 都道府県知事) 介護支援専門員証の有効期限満了日 ( 年 月 日)	～ 年 月 日 年 月 日	無 有 職種:
			資格取得年月日 ( 年 月 日) 登録番号 ( ) 取得地 ( 都道府県知事) 介護支援専門員証の有効期限満了日 ( 年 月 日)	～ 年 月 日 年 月 日	無 有 職種:
			資格取得年月日 ( 年 月 日) 登録番号 ( ) 取得地 ( 都道府県知事) 介護支援専門員証の有効期限満了日 ( 年 月 日)	～ 年 月 日 年 月 日	無 有 職種:

- \* 計画作成担当者欄が足りない場合は、コピーして作成してください。
- \* 現在も在職している場合は、「在職期間」の終期は「現在まで」と余白に記載してください。
- \* 兼務が「有」の場合は、兼務職種を記載してください。(例：管理者、介護職員)
- \* 介護支援専門員証の写しの添付は必要ありませんが、事業者で適切に保管してください。
- \* 介護支援専門員証は5年ごとに更新が必要です。有効期限満了日の前に必要な研修を受講し、更新手続きをするよう職員に周知してください。また、事業者は、更新後の介護支援専門員証を確認し、その写しを適切に保管してください。