（添付書類２－２）

**開　設　者　経　歴　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 開設法人名 |  |
| 開設者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 役職 |  |
| 住所 | (郵便番号　　　　－　　　　　) |
| 主　な　職　歴　等（認知症高齢者の介護経験又は保健福祉医療の経営経験があることが分かるようにご記入ください） |
| 年　月　～　　年　　月 | 勤　務　先　等 | 役職・職務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 研 修 受 講 状 況（修了した研修については修了証の写しを添付してください） |
| １ | 認知症介護サービス事業開設者研修 | 　　　年　　　月　修了 |
| ２ | 認知症介護実務者研修（基礎課程又は専門課程） | 　　　年　　　月　修了 |
| ３ | 認知症介護実践研修（実践者研修） | 　　　年　　　月　修了 |
| ４ | 実践リーダー研修 | 　　　年　　　月　修了 |
| ５ | 認知症高齢者グループホーム管理者研修 | 　　　年　　　月　修了 |
| ６ | 認知症介護指導者研修 | 　　　年　　　月　修了 |
| ７ | 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修 | 　　　年　　　月　修了 |

　備考　住所は、自宅のものを記入してください。