様式　１

**□ 代表者　　□ 管理者（予定者）**

**経 歴 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 | | | |  | | | | |
| カ ナ |  | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏 名 |  | | | | |
| 住 所 | (郵便番号　　　　　　　－　　　　　　) | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | |  | | | | | | |
| 主な職歴、社会福祉・地域代表関係活動歴など | | | | | | | | |
| 年　月　～　　年　月 | | | 勤　務　先、　肩　書　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 | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 備　考（研修等の受講の状況等）  　○特別養護老人ホーム施設長研修　　　　　□受講済　　□受講予定（　　　年　　　月頃）  ○認知症対応型サービス事業開設者研修　　□受講済　　□受講予定（　　　年　　　月頃）  ○認知症介護実践研修（実践者研修）　　□受講済　　□受講予定（　　　年　　　月頃）  ○認知症対応型サービス事業管理者研修　　□受講済　　□受講予定（　　　年　　　月頃）  ○小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修　　□受講済　　□受講予定（　　　年　　　月頃）  　※過去のみなし研修を受講している場合はその旨記入してください。  （その他） | | | | | | | | |

備考 １　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

　　 ２　資格を証明する書類の写しを添付してください。

３　研修受講済の場合は、修了証等の写しを添付してください。

４　管理者が管理する事業所・施設が複数ある場合は「事業所または施設の名称」欄を

適宜拡張して、その全てを記入してください。