様式　１

**□ 代表者　　　　　　　□ 管理者（予定者）**

**□ 計画作成責任者　　　□ オペレーター**

**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 | | | |
| □医師 □介護福祉士  　□看護師 □社会福祉士  　□准看護師 □介護支援専門員  　□保健師  　□３年以上サービス提供責任者の業務に  　　従事した経験者 | | | | |  | | | |
| 備　考（研修等の受講の状況等） | | | | | | | | |

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 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。