（様式３）

**（　　　　　　　　）経　歴　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 | | |  | | | | |
| フリガナ |  | | | 経験施設等 | | □医療機関  □特別養護老人ホーム  □老人デイサービスセンター  □介護老人保健施設  □認知症高齢者グループホーム  □訪問介護員  □その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 氏名 |  | | |
| 主　　な　　職　　歴　　等（福祉・医療関係の職歴） | | | | | | | |
| 年　月　～　　年　　月 | | 勤　務　先　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） | | | | | | | |

備考　１．（　　　）には、「代表者」、「管理者」と記載してください。

　　　２．地域密着型サービスで、代表者と地域密着型サービス部門の代表者が異なる場合（代表者が、認知症対応型サービス事業開設者研修を受講しない場合等）は、それぞれの経歴書を提出してください。