（様式９）

代表者　経歴書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　年　月　日 | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | （郵便番号　　　　－　　　） | | | | | |
|  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 主な職歴等 | | | | | | |
| 年　　月　～　　年　　月 | | 勤務先等 | | | | 職務内容 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| 厚生労働大臣の定める研修の受講状況 | | | | | | |
| 研修名 | | | 研修修了年月  ※未受講の場合、修了予定年月を記載 | | | |
| ・認知症対応型サービス事業開設者研修 | | |  | | | |
| 職務に関連する資格の種類 | | | 資格取得年月 | | | |
|  | | |  | | | |
| その他社会福祉活動歴 | | | | | | |

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　代表者は下記のいずれかの経験を有すること。

（１）特養、老健等の従業者もしくは訪問介護員等として、認知症である者の介護に従事した経験を有する者

（２）保健医療サービス事業の経営に携わった経験を有する者

（３）福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者