（様式　５）

**代　表　者　経　歴　書**

**※提出の際は，必ず本人の同意を得てください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 | | |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏　名 |  | | | |
| ※認知症介護及び保険医療サービス，福祉サービスの経験が分かるように記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 主　　な　　職　　歴　　等 | | | | | | | | | | |
| 年　月～　年　月 | | 期間 | | 勤　務　先　等 | | | | | 職務内容 | |
|  | | 年　　か月 | |  | | | | |  | |
|  | | 年　　か月 | |  | | | | |  | |
|  | | 年　　か月 | |  | | | | |  | |
|  | | 年　　か月 | |  | | | | |  | |
|  | | 年　　か月 | |  | | | | |  | |
|  | | 年　　か月 | |  | | | | |  | |
| 職務に関連する資格 | | | | | | | | | | |
| 資 格 の 種 類 | | | | | | | 資 格 取 得 年 月 | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| 厚生労働省例に定める研修の受講の状況 | | | | | | | | | | |
| 認知症対応型サービス事業開設者研修 | | | | 未受講・受講済 | | (修了年月日　　　年　　月　　　日) | | | |  |
| ※受講済の場合は，本人の同意を得て，修了証書の写しを添付してください。 | | | | | | | | | | |

※職歴等の年数は，令和４年９月１日を基準に記入してください。