（別紙５）

**代　表　者　経　歴　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | | 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 | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 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）  **★認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護については以下を記載**  ・**認知症対応型サービス事業開設者研修**　　　…　**□修了（修了年月日　　年　　月　　日）**  **□未修了（□受講申込済（　　年　　月開催分） ・ □受講申込未）**  ・認知症介護実践者研修　　　　　　　　　　　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日）  ・認知症介護実践リーダー研修　　　　　　　　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日）  ・認知症高齢者グループホーム管理者研修　　　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日）  ・認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程）　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日）  ・認知症（痴呆）介護実務者研修（専門課程）　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日）  ・認知症介護指導者研修　　　　　　　　　　　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日）  ・認知症高齢者グループホーム開設予定者研修　…　□修了（修了年月日　　年　　月　　日） | | | | | | | | |