**（様式４）**

代表者・管理者・介護支援専門員（予定者）経歴書

　　　　　年　　月　　日 現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　歳) | |
| 住所 | (〒 　　―　 　) | | | 電話番号 |  | |
| 取得した資格、修了した研修について | | | | | | |
| 取得（修了）年月日 | | | 資格（研修）名 | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | | | |
| 年　　月　　日 | | |  | | | |
| 主な職歴について | | | | | | |
| 期間 | | 勤務先 | | | | 職務内容 |
| 年　月  ～　　　年　月 | |  | | | |  |
| 年　月  ～　　　年　月 | |  | | | |  |
| 年　月  ～　　　年　月 | |  | | | |  |
| 年　月  ～　　　年　月 | |  | | | |  |
| 年　月  ～　　　年　月 | |  | | | |  |
| 年　月  ～　　　年　月 | |  | | | |  |
| 備考（採用予定時期、研修等の受講の状況等を記入） | | | | | | |

（注１）　代表者・管理者・介護支援専門員のうち、該当するものに○をつけてください。

（注２）　住所及び電話番号は、自宅のものを記入してください。

（注３）　人員の確保ができていない場合は、配置予定人員に最低限求める資格や経験等を記載してください。