（参考様式２）

○○○　経　歴　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所又は施設の名称 | |  | | | | | |
| 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 | | | |
|  | | | |  | | | |
| 業　　務　　期　　間 | | | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　年　　月） | | | | |
| うち業務に従事した日数 | | | 日 | | | | |
| 研修等の受講の状況等 | | | | | | | |

備考　１　「○○○」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「経験看護師等」又は「計画作成担当

者」と記入してください。

　　　２　当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

　　　３　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

　　　４　「業務期間」欄、「業務に従事した日数」欄には、「サービス提供責任者（介護職員初任者研修課程修了者）」については、介護等の業務に従事した期間及び日数を、「経験看護師等」については、通所リハビリテーション等の業務に従事した期間及び日数を、認知症対応型共同生活介護の「管理者」及び「計画作成担当者」については、認知症高齢者の介護・計画作成等の業務に従事した期間及び日数を記入してください。