（参考様式２―１）

**代表者の経歴**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 〒 | | | | 電話番号 |  |
| 主な職歴等 | | | | | | |
| 年月～年月 | | | 勤務先等 | | | 職務内容 |
| １．認知症高齢者介護に関する経歴 | | | | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
| ２．保健医療サービスまたは福祉サービスの経営に関する経歴 | | | | | | 役職 |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
| 職務に関する資格 | | | | | | |
| 資格の種類 | | | | 資格取得年月 | | |
|  | | | |  | | |
| 備考(研修等の受講の状況)  厚生労働省令に定める研修について(認知症対応型サービス事業　開設者研修など)  受講済（研修名： ）  未受講 月の 研修を受講予定 | | | | | | |

※「職務内容」には、「管理者」「サービス提供責任者」「介護職員」等、具体的な職種を記入してください。

※修了証や資格証の写しを添付してください。

　※住所や電話番号は、自宅のものを記入してください。

　※申請者以外が代表者となる場合、位置づけが分かる法人内組織図を添付してください。

　※現在に至るまでの経歴を全て記載してください。