（様式9）

**代　表　者　経　歴　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 開設予定の事業所名 |  |
| 代表者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 役職 |  |
| 住所 | (郵便番号　　　　－　　　　　) |
| 主　な　職　歴　等（認知症高齢者の介護経験又は保健福祉医療の経営経験があることが分かるようにご記入ください） |
| 年　月　～　　年　　月 | 勤　務　先　等 | 役職・職務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 研 修 受 講 状 況（修了した研修については修了証の写しを添付してください） |
| １ | 認知症対応型サービス事業開設者研修 | 　　　　　年　　　月　修了 |
|  |  | 　　　　　年　　　月　修了 |
|  |  | 　　　　　年　　　月　修了 |
|  |  | 　　　　　年　　　月　修了 |
|  |  | 　　　　　年　　　月　修了 |
|  |  | 　　　　　年　　　月　修了 |
|  |  | 　　　　　年　　　月　修了 |

　備考　住所は、自宅のものを記入してください。