（様式10）

**管　理　者　経　歴　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設予定の事業所名 | | |  | | | | | | |
| 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  （認知症高齢者の介護経験が３年以上あることが分かるように記入してください） | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 研修受講状況 | | | | | | | | | |
| 認知症対応型サービス事業管理者研修　　　　　　　　　　年　　　月　修了  ※研修修了証の写しを添付 | | | | | | | | | |

備考１　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。