

(参考様式2)

## 管 理 者 ・ 計 画 作 成 担 当 者 ・ 代 表 者 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		
備 考 (研修等の受講の状況等)						

- 備考
- 1 管理者・計画作成担当者・代表者のうち、該当するものに○をつけてください。
  - 2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
  - 3 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。
  - 4 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。

(参考様式2)

<記載例>

管理者・計画作成担当者・代表者  
経 歴 書

事業所又は施設の名称		グループホームはなのみやこ	
フリガナ	オオガワラ タロウ	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
氏名	大河原 太郎		
住所	(郵便番号 980 - 0000 )	電話番号	0224-00-0000
	大河原町〇〇〇〇〇-0		
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等		職務内容
平成11年4月~平成16年3月	特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇		介護従業者 (認知症対応)
平成16年4月~平成18年3月	デイサービス〇〇〇〇〇		生活相談員 (認知症対応)
平成18年4月~	グループホーム〇〇〇〇〇		管理者・計画作成担当者
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
・社会福祉主事 ・介護支援専門員 ・介護福祉士		平成△×年〇〇月 平成××年×〇月 平成×△年〇×月	
備考(研修等の受講の状況等)			
・認知症対応型サービス事業管理者研修 平成△△年〇〇月 ・実践者研修 平成△△年××月			

備考

- 1 管理者・計画作成担当者・代表者のうち、該当するものに○をつけてください。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 3 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。
- 4 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。