（参考様式3）

開　　設　　者　　経　　歴　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 開設法人名 |  |
| 開設者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 職名 |  |
| 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 | 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 |  | 平成　　　年　　　月　修了 |
| ２ |  | 平成　　　年　　　月　修了 |
| ３ |  | 平成　　　年　　　月　修了 |
| ４ |  | 平成　　　年　　　月　修了 |
| ５ |  | 平成　　　年　　　月　修了 |
| ６ |  | 平成　　　年　　　月　修了 |
| ７ |  | 平成　　　年　　　月　修了 |

　備考　住所は、自宅のものを記入してください。