様式４　認知症対応型共同生活介用

**代表者、管理者及び計画作成担当者の経歴書**

**（１）代表者**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| カナ |  | 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 |
| 　 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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） |

（注）　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

**（２）管理者**

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 |  |
| カナ |  | 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 |
| 　 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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） |

（注）１　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

２　管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設の名称」欄を適宣拡張して、その全てを記入してください。

**（３）計画作成担当者**

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 |  |
| カナ |  | 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 |
| 　 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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） |

（注）　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。