　　　　　　　　　　人員配置予定職員の経歴書　　　　　　（様式６）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従事する業務名 | | * 包括的支援事業 * 包括的支援事業及び地域ケア会議推進事業   □ 介護予防等把握事業　　□ 指定介護予防支援事業 | | | | | | |
| 職　種 | | * 保健師（□準ずる者） * 社会福祉士（□準ずる者） * 主任介護支援専門員（□準ずる者） * その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| カナ |  | | | | | 生年月日 | 昭和・平成  年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | | | | |
| 上記の職種の経験年数 | | | 年　　　　月 | | | | | |
| 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 | | | |
|  | | | | |  | | | |
| これまでに相談援助業務の経験がある場合は、業務内容等を具体的に記載してください。 | | | | | | | | |
| 備　考（研修等の受講の状況等） | | | | | | | | |

＊資格免許証の写し添付して下さい。