様式第２号（第２条関係）

職員の経歴書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地域包括支援  センターの名称 | |  | | | | | |
| 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）  □　その他の職員（　　　　　　　　　） | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　名 |  | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | |
| 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 | | | |
|  | | | |  | | | |
| その他（研修等の受講の状況等） | | | | | | | |

備考

１　資格免許証の写しを添付して下さい。

２　住所は、職員の自宅のものを記入して下さい。