様式第3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 | | | |
|  | | | |  | | | |
| 備考（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、自宅のものを記入して下さい。