（参考様式2-4）

代 表 者（ 開 設 者）経 歴 書

事 業 所 の 名 称			
カナ		生年月日	年　月　日
氏名			
役職			

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	役 職 ・ 職 務 内 容

別添
- ☐ 認知症対応型サービス事業開設者研修修了証の写
- ☐ 認知症介護実践研修（実践者研修）修了証の写
- ☐ 実践リーダー研修修了証の写
- ☐ 認知症高齢者グループホーム管理者研修修了証の写
- ☐ 認知症介護実務者研修（基礎課程又は専門課程）修了証の写
- ☐ 認知症介護指導者研修修了証の写
- ☐ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修修了証の写

備考　「主な職歴等」には、代表者（開設者）の要件を満たすことが分かる職歴等について記載ください。