

(参考様式3-1) 予防訪問介護 サービス提供責任者経歴書

事業所又は施設の名称		
フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
住所	(郵便番号 -)	
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)		

- 備考 1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 2 当該責任者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。
- 3 予防訪問介護におけるサービス提供責任者の要件は、介護福祉士・介護職員実務者研修修了者又は3年以上の経験を有する介護職員初任者研修修了者
- 4 申請においては、資格を証明する書類の写しを添付すること。 (日本工業規格A列4番)