（参考様式3-2） **予防基準緩和型訪問介護　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	年　月　日
氏名			
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　予防基準緩和型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）