（参考様式1）

代 表 者 経 歴 書

事業所又は施設の名称			
カナ		生年月日	年　　月　　日
氏名			

主 な 職 歴 等		
年　月　　～　　年　月	勤 務 先 等	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し

☐ 保健師または看護師免許の写し（看護小規模多機能型居宅介護）

備考　「主な職歴等」には、代表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。