**【様式２】**

**履歴書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | | サービス管理責任者・  児童発達支援管理責任者の  要件となる実務経験年数 | ２０１９年９月３０日時点で  通算　　　　　　年　　　　　　か月 |
| 氏名 |  | 昭和  平成 | 年　　　　月　　　　日 |

**１．実務経験について**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実務経験 | 勤務期間 | 勤務年数 | 勤務先の事業所について | | 在職時の職種 | 業務内容 |
| 名称 | 種別 |
| 年　　　月 ～　　　　年　　　月 | 年　　　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　・直接支援 |
| 年　　　月 ～　　　　年　　　月 | 年　　　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　・直接支援 |
| 年　　　月 ～　　　　年　　　月 | 年　　　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　・直接支援 |
| 年　　　月 ～　　　　年　　　月 | 年　　　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　・直接支援 |
| 年　　　月 ～　　　　年　　　月 | 年　　　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　・直接支援 |
| 年　　　月 ～　　　　年　　　月 | 年　　　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　・直接支援 |

**２．資格について**　※該当する資格の左欄に○をつけ、資格取得日を記載してください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格の種類 | | 資格取得日 | 資格の種類 | | 資格取得日 |
|  | 社会福祉士 | 年　　　月 |  | 訪問介護員２級以上に相当する研修修了者 | 年　　　月 |
|  | 精神保健福祉士 | 年　　　月 |  | 社会福祉主事任用資格者 | 年　　　月 |
|  | 介護福祉士 | 年　　　月 |  | 児童指導員任用資格者 | 年　　　月 |
|  | 看護師 | 年　　　月 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　　　月 |
|  | 准看護師 | 年　　　月 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　　　月 |
|  | 保育士 | 年　　　月 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　　　月 |