**【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 | ２０２１年８月末日時点で  通算　　　　　　年　　　　　　か月 |
| 氏名 |  | 昭和  平成 | 年　　　　月　　　　日 |

**１．実務経験について**※様式3『実務経験証明書』を添付して下さい。　現在勤務中の方は202１年８月末日までのみなしで記載して下さい。

提出のない場合、受講決定後であっても受講をお断りする事がございます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  ※どちらかに〇をつける | 実務経験証明書の有無 | ※実務経験証明書添付のない理由・送付予定日 |
| 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 | 有 ・ 無 |  |
| 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 | 有 ・ 無 |  |
| 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 | 有 ・ 無 |  |
| 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 | 有 ・ 無 |  |
| 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 | 有 ・ 無 |  |

**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、資格証の写しを添付して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（現：介護職員初任者研修）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 |