様式18

**法　人　代　表　者　の　経　歴**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| カナ |  | 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 地域福祉・介護保険に関する役員・委員団体活動等 |
| 年　月　～　　年　月 | 団　体　等 | 職務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉事業運営に関連する資格 |
| 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　住所・電話番号は自宅のものを記入してください。