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。