職務経歴書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | |  | | | 生年月日  （西暦） | | 年　　　月　　　日生 | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | | |
| 介護福祉士登録日（西暦） | | | 年　　　月　　　日 | | 日中の連絡先電話番号 | |  | |
| 実務経験　※介護福祉士登録日以降の実務経験年数を記載してください。 | | | | | | | | |
| 保健医療福祉関係の職歴 | 期　　間 | | | 法人・会社名 | | 施設・事業所名 | | 担当職務 |
| 介護福祉士登録日　～　　　　年 　月  　　年　　　か月 | | |  | |  | |  |
| （西暦）　　年 　月 ～　　　年 　月  　　年　　　か月 | | |  | |  | |  |
| （西暦）　　年 　月 ～　　　年 　月  　　年　　　か月 | | |  | |  | |  |
| （西暦）　　年 　月 ～　　　年 　月  　　年　　　か月 | | |  | |  | |  |
| （西暦）　　年 　月 ～　　　年 　月  　　年　　　か月 | | |  | |  | |  |
| （西暦）　　年 　月 ～　　　年 　月  　　年　　　か月 | | |  | |  | |  |
| （西暦）　　年 　月 ～　　　年 　月  　　年　　　か月 | | |  | |  | |  |
| ※実務経験年数（通算）　　　　　年　　か月 | | | | ※ 2024年10月31日時点まで記入してください。 | | | | |

職歴について

〇　資格取得後の古いものから順に2024年10月31日時点まで記入してください。

〇　介護福祉士登録日以後の実務経験年月数が３年以上であることを確認してください。

〇　同一の勤務先であっても、所属部署、担当職務、職位に異動があった場合は、期間が分かるように別に記入してください。

〇　介護支援専門員、専任の事務員は実務経験年数の対象とならないため、実務経験年数には含みません。また、育児休業、休職、長期研修などの期間は、実務経験年数には含みません。