（様式５）

令和　　年　　月　　日

職員配置計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 応募圏域  (①～⑥の番号で記載） |  |
| 管理者予定者  氏名（職種） | （　　　　　） |
| 配置予定人数  ※管理者予定者を除く | 人 |

１　職員配置予定者

(1)保健師等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　□募集予定  〔□→■で選択すること〕 | |
| 配置予定者１ | 氏名 |  | |
| 職種 | □保健師　　□同職に準ずる者　〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月　　日】 | |
| 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 配置予定者２ | 氏名 |  | |
| 職種 | □保健師　　□同職に準ずる者　〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月　　日】 | |
| 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

(2)社会福祉士等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　□募集予定  〔□→■で選択すること〕 | |
| 配置予定者１ | 氏名 |  | |
| 職種 | □社会福祉士　　□同職に準ずる者  〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月　　日】 | |
| 社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 配置予定者２ | 氏名 |  | |
| 職種 | □社会福祉士　　□同職に準ずる者  〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月　　日】 | |
| 社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

(3)主任介護支援専門員等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　　□雇用内諾有　　□募集予定  〔□→■で選択すること〕 | |
| 配置予定者１ | 氏名 |  | |
| 職種 | □主任介護支援専門員　　□同職に準ずる者  〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月】 | |
| 主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 配置予定者２ | 氏名 |  | |
| 職種 | □主任介護支援専門員　　□同職に準ずる者  〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月】 | |
| 主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

(4)専門三職種もしくは理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　　□雇用内諾有　　□募集予定  〔□→■で選択すること〕 | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | |
| 職種 | □保健師　　　　　　　　□保健師に準ずる者  　□社会福祉士　　　　　　□社会福祉士に準ずる者  　□主任介護支援専門員　　□主任介護支援専門員に準ずる者  　□理学療法士　　　　□作業療法士  　□精神保健福祉士　　□臨床心理士  〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月】 | |
| 保健師に準ずる者、社会福祉士に準ずる者、主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

(5)介護予防ケアマネジメント作成担当者（非常勤兼務可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　　□雇用内諾有　　□募集予定  〔□→■で選択すること〕 | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | |
| 職種 | □保健師  　□介護支援専門員  　□社会福祉士  　□経験ある看護師  　□高齢者保健福祉に関する相談業務等に  ３年以上従事した社会福祉主事  〔□→■で選択すること〕  【資格取得日：　　　　年　　月】 | |
| 高齢者保健福祉に関する相談業務等に３年以上従事した社会福祉主事の場合はその該当要件を記載してください。 | |
| 職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

(6)その他職員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置予定 | | □配置予定あり　　□配置予定なし  〔□→■で選択すること〕 |
| 配置予定者1 | 氏名 |  |
| 職種 | □事務職員　　　　□介護支援専門員 |
| 資格 |  |
| 配置予定者2 | 氏名 |  |
| 職種 | □事務職員　　　　□介護支援専門員 |
| 資格 |  |
| 配置予定者3 | 氏名 |  |
| 職種 | □事務職員　　　　□介護支援専門員 |
| 資格 |  |

（留意事項）

　「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不要です。

　「職歴」は、現職を含めて過去２箇所分の職務履歴を記入してください。

２　欠員となった場合の対応方法について

|  |
| --- |
|  |

※複数ページにわたっても可

３　職員の資質の向上について

|  |
| --- |
| ※職員の研修計画等、資質の向上に向けた取組について記載のこと。 |

※複数ページにわたっても可