様式４-1

職員配置計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 管理予定者（職名・氏名） |  |
| 配置予定人数 |  |

1　職員配置予定者

①保健師

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格取得日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

②社会福祉士

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格取得日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

②社会福祉士

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格取得日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

③主任介護支援専門員

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～　令和　　年　　月 |  |

④作業療法士または理学療法士

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月　　　 |  |

⑤認知症地域支援推進員

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

⑥ケアプランナー

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

⑥ケアプランナー

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

⑥ケアプランナー

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

⑥ケアプランナー

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

⑥ケアプランナー

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

⑥ケアプランナー

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 配置予定者 | 氏　名 |  |
| 資格名 | 　　　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 職　歴 | 期　　間 | 職務内容 |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 平成　　年　　月　～　平成　　年　　月 |  |
| 令和　　年　　月　～ 令和 　年 月 |  |

⑦事務職員

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　　□雇用内諾済□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　【□→■で選択】 |
| 氏　名 |  |

その他職員

|  |  |
| --- | --- |
| 配置予定 | □配置あり　　　□配置なし　　　【□→■で選択】 |
| 配置予定者数 | 介護支援専門員等 | 　　　　　　　　　名 |
| その他職員 | 　　　　　　　　　名 |

※「職歴」は、現職を含めて過去３箇所分の職務履歴を記入してください。

※「雇用内諾済」の場合は、内諾が確認できる書面等を添付してください。

※　配置員について「資格証明書」写しを添付してください。（事務職以外）

２　法人における職員確保に関する状況

　配置予定職員が事業開始後、職員の退職等により職務に就くことができなくなった場合において、法人内の各職種資格所有者の有無及びそれに伴う人事異動等の対応の可否について記載し、代替人員確保等の方針について記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　名 | 法人内有資格者人員 | 異動対応等の可否 |
| 保健師 | □有（　　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 社会福祉士 | □有（　　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 主任介護支援専門員 | □有（　　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 作業療法士等 | □有（　　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 介護支援専門員等 | □有（　　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| ※受託後の職員欠員に伴う代替え人員確保等の方針について |
|  |

　【□→■で選択】

様式４-２

Ⅳ　職員について　②～⑨

※あいまいな表現ではなく具体的かつ実現可能な現状に即した内容を記載してください。