**人員配置計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 配置予定人数 | 　　常勤　　　名　　　非常勤　　　名 |

１　職員配置予定者

1. センター長

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | □主任介護支援専門員（□準ずる者）　□保健師（□準ずる者）□社会福祉士（□準ずる者） |
| 配置方法 | □法人内での人事異動　□雇用内諾済　□募集予定 |
| 資格 |  | 年　齢 |  |
| 兼務の有無 | □無　　　□有（職種：　　　　　　　　　　/資格：　　　　　　　　　　） |
| 当該法人での職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |

1. 主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士　※必要な人数分を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | □主任介護支援専門員（□準ずる者）　□保健師（□準ずる者）□社会福祉士（□準ずる者） |
| 配置方法 | □法人内での人事異動　□雇用内諾済　□募集予定 |
| 資格 |  | 年　齢 |  |
| 兼務の有無 | □無　　　□有（職種：　　　　　　　　　　/資格：　　　　　　　　　　） |
| 当該法人での職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | □主任介護支援専門員（□準ずる者）　□保健師（□準ずる者）□社会福祉士（□準ずる者） |
| 配置方法 | □法人内での人事異動　□雇用内諾済　□募集予定 |
| 資格 |  | 年　齢 |  |
| 兼務の有無 | □無　　　□有（職種：　　　　　　　　　　/資格：　　　　　　　　　　） |
| 当該法人での職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | □主任介護支援専門員（□準ずる者）　□保健師（□準ずる者）□社会福祉士（□準ずる者） |
| 配置方法 | □法人内での人事異動　□雇用内諾済　□募集予定 |
| 資格 |  | 年　齢 |  |
| 兼務の有無 | □無　　　□有（職種：　　　　　　　　　　/資格：　　　　　　　　　　） |
| 当該法人での職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | □主任介護支援専門員（□準ずる者）　□保健師（□準ずる者）□社会福祉士（□準ずる者） |
| 配置方法 | □法人内での人事異動　□雇用内諾済　□募集予定 |
| 資格 |  | 年　齢 |  |
| 兼務の有無 | □無　　　□有（職種：　　　　　　　　　　/資格：　　　　　　　　　　） |
| 当該法人での職歴 | 期間 | 職務内容 |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月　～　　　　　年　　月 |  |

その他

|  |  |
| --- | --- |
| 配置予定 | □配置あり　　□配置なし |
| 配置予定者数 | 介護支援専門員等の資格を有する者（資格の種類：　　） | □常勤□非常勤（　日/月　勤務） | 　　　名 |
| その他の職員（　　　　　） | □常勤□非常勤（　日/月　勤務） | 　　　名 |

※１　表内のチェック欄は□→■で選択してください。

※２「職歴」は、現職も含めて過去３箇所分の職務履歴を記入してください。

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つ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 | 資格 | 法人内有資格者人員 | 異動対応等の可否 |
| 主任介護支援専門員 | 所有者 | □有（　　　名）　□無 | □異動対応可　□不可 |
| 準ずる者 | □有（　　　名）　□無 | □異動対応可　□不可 |
| 保健師 | 所有者 | □有（　　　名）　□無 | □異動対応可　□不可 |
| 準ずる者 | □有（　　　名）　□無 | □異動対応可　□不可 |
| 社会福祉士 | 所有者 | □有（　　　名）　□無 | □異動対応可　□不可 |
| 準ずる者 | □有（　　　名）　□無 | □異動対応可　□不可 |
| 受託後の職員欠員に伴う代替人員確保等の方針について |
|  |

※上記の法人内有資格者人員及び異動対応等の可否は、□→■で選択してください。

|  |
| --- |
| 主任介護専門員の更新計画を立てているか、具体的に記載してください。 |
|  |