様式８

法人名：

|  |
| --- |
|  |

職員体制等計画書及び配置職員経歴書

①職員の配置計画及び勤務体制

|  |
| --- |
| センターに配置する職員数（専門３職種の常勤は必須となります。） |
| 職種等 | 人数 | 常勤職員の雇用内訳 |
|  | 常勤 | 非常勤 | 既雇用者 | 新規採用 |
| 保健師等 | 人 | 人 | 人　 | 人　 |
| 社会福祉士等 | 人 | 人 | 人　 | 人　 |
| 主任介護支援専門員等 | 人 | 人 | 人　 | 人　 |
| その他の専門職員 | 人 | 人 | 人　 | 人　 |
| 事務職員 | 人 | 人 | 人　 | 人　 |

|  |
| --- |
| センター職員の勤務体制（該当者がいる区分のみ記載してください。） |
| 職種等 | 勤務形態 | 勤務時間 | 週休日 |
| 保健師等 | 常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 非常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 社会福祉士等 | 常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 非常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 主任介護支援専門員等 | 常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 非常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| その他の専門職員 | 常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 非常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 事務職員 | 常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| 非常勤 | 時　　分～　　時　　分 |  |
| ２４時間体制への対応方針 |

②専門３職種の経歴及び経験（※常勤職員についてのみ作成してください。）

なお、センター長を務める者は、備考欄にその旨を記載してください。

保健師等経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種区分 | １．保健師　　２．保健師に準ずる者 | 該当する番号に〇をつける |
| 採用年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | 新規採用の場合は予定年月日 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生(　　　歳)　※平成29年4月1日現在 |
| 主　な　職　歴　等 |
| 期　　間 | 勤務先 | 職務内容 |
| 年 　月～ 　　年　 月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年 　月 |  |  |
| 年 　月～ 　　年　 月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年 　月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年　 月 |  |  |
| 職務に関連する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
| 業務経験 |  |
| 備考 |  |

※１　住所は、自宅を記入してください。

※２　資格を証明する書類（保健師又は看護師の免許証等）の写しを添付してください。

※３　配置する職員を新規採用する場合は、氏名等の記載を省略し、採用条件となる資格の種類及び業務経験等、参考となる事項を記載してください。

社会福祉士等経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種区分 | １．社会福祉士２．社会福祉士に準ずる者 | 該当する番号に〇をつける |
| 採用年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | 新規採用の場合は予定年月日 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生(　　　歳)　※平成29年4月1日現在 |
| 主　な　職　歴　等 |
| 期　　間 | 勤務先 | 職務内容 |
| 年 　月～ 　　年　 月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年 　月 |  |  |
| 年 　月～ 　　年　 月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年 　月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年　 月 |  |  |
| 職務に関連する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
| 業務経験 |  |
| 備考 |  |

※１　住所は、自宅を記入してください。

※２　資格を証明する書類（社会福祉士の登録証等）の写しを添付してください。

※３　配置する職員を新規採用する場合は、氏名等の記載を省略し、採用条件となる資格の種類及び業務経験等、参考となる事項を記載してください。

主任介護支援専門員等経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種区分 | １．主任介護支援専門員２．主任介護支援専門員に準ずる者 | 該当する番号に〇をつける |
| 採用年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | 新規採用の場合は予定年月日 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生(　　　歳)　※平成29年4月1日現在 |
| 主　な　職　歴　等 |
| 期　　間 | 勤務先 | 職務内容 |
| 年 　月～ 　　年　 月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年 　月 |  |  |
| 年 　月～ 　　年　 月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年 　月 |  |  |
| 年　 月～ 　　年　 月 |  |  |
| 職務に関連する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
|  | 昭和・平成　　　年　　　月 |
| 業務経験 |  |
| 備考 |  |

※１　住所は、自宅を記入してください。

※２　資格を証明する書類（介護支援専門員の登録証及び主任介護支援専門員研修の修了証明書）の写しを添付してください。

※３　配置する職員を新規採用する場合は、氏名等の記載を省略し、採用条件となる資格の種類及び業務経験等、参考となる事項を記載してください。

③職員育成方針

|  |
| --- |
| 事業開始までの職員研修計画等について具体的に記載してください。 |
|  |
| 受託期間中の職員研修計画等について具体的に記載してください。 |
|  |
| その他、職員の資質向上を目的として行う取組みがあれば記載してください。 |
|  |