運営に関する計画書（職員配置）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 管理者（予定）氏名 | 職種 | 氏名 |
| 配置予定人数 | 名 | |

１　保健師等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | （□→■で選択すること）  □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　□募集予定　　□現職 | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | （□→■で選択すること）  □保健師　　　　□看護師  登録年月日：　　　年　　月　　日  登録番号　：第　　　　　　 　号  ＊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 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |

※配置予定職種ごとに提出すること。

※「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。

※資格取得を証明する免許証の写し、もしくは登録証明書を添付すること。

※職歴欄は、現職を含めて過去の職務履歴を記入してください。

２　社会福祉士等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | （□→■で選択すること）  □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　□募集予定　　□現職 | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | （□→■で選択すること）  □社会福祉士  　登録年月日：　　年　　月　　日  登録番号　：第　　　　　 　号  □社会福祉士に準ずる者  ＊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 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |

※配置予定職種ごとに提出すること。

※「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。

※資格取得を証明する免許証の写し、もしくは登録証明書を添付すること。

※職歴欄は、現職を含めて過去の職務履歴を記入してください。

３　主任介護支援専門員等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | （□→■で選択すること）  □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　□募集予定　　□現職 | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | （□→■で選択すること）  □主任介護支援専門員  修了年月日：　　年　　月　　日  介護支援専門員登録番号：  　主任介護支援専門員更新研修受講予定時期：　　　年　　　月  □主任介護支援専門員資格取得予定者  受講予定時期：　　年　　月  　介護支援専門員登録番号：  □主任介護支援専門員に準ずる者  　ケアマネジメントリーダー研修修了年月日：　　　年　　月　　日  　介護支援専門員番号  ＊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入してください。 | | |
| 職歴 | 期　　間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　年　　月 |  |  |

※配置予定職種ごとに提出すること。

※「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。

※資格取得を証明する免許証の写し、もしくは登録証明書を添付すること。

※職歴欄は、現職を含めて過去の職務履歴を記入してください。