【様式６】

人員配置計画書

【記載上の注意】

１　収支予算書（様式８）で人件費の対象とする全職員について作成してください。

２　採用予定の場合は予定する職員について記載し、未定の場合は氏名欄に「未定」と記載して

ください。

３　年齢欄には、令和７年９月30日時点の年齢を記載してください。

４　記入スペースは適宜調整してください。

（１）職員履歴

①保健師その他これに準ずる者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 |  |
| 保健福祉に関する職歴 |  |
| 資　格 |  |
| 採用（予定）年月日 |  |
| 準ずる者の場合の資格該当要件 |  |

※保健師その他これに準ずる者としての資格を有する証明書（写し）を添付してください。

②社会福祉士その他これに準ずる者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 |  |
| 保健福祉に関する職歴 |  |
| 資　格 |  |
| 採用（予定）年月日 |  |
| 準ずる者の場合の資格該当要件 |  |

※社会福祉士その他これに準ずる者としての資格を有する証明書（写し）を添付してください。

③主任介護支援専門員その他これに準ずる者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 |  |
| 保健福祉に関する職歴 |  |
| 資　格 |  |
| 採用（予定）年月日 |  |
| 準ずる者の場合の資格該当要件 |  |

※主任介護支援専門員その他これに準ずる者としての資格を有する証明書（写し）を添付してください。

④認知症地域支援推進員

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 |  |
| 保健福祉に関する職歴 |  |
| 資　格 |  |
| 採用（予定）年月日 |  |

※認知症地域支援推進員としての資格を有する証明書（写し）を添付してください。

⑤生活支援コーディネーター

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 年齢 |  |
| 保健福祉に関する職歴 |  |
| 資格 |  |
| 採用（予定）年月日 |  |

⑥事務職員

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 年齢 |  |
| 採用（予定）年月日 |  |

⑦その他の職員

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 年齢 |  |
| 保健福祉に関する職歴 |  |
| 資格 |  |
| 採用（予定）年月日 |  |

※その他の職員の採用を予定していない場合、空欄としてください。

（２）勤務体制

【勤務表】　※勤務モデルを記載。（勤務日は勤務時間、勤務しない日は「休」と記載）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 「職種」・（氏名） | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| １ | 「保健師等」（　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | 「社会福祉士等」（　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ | 「主任介護支援専門員等」（　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ | 「生活支援コーディネーター」（　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ | 「認知症地域支援推進員」（　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ | 「事務職員」（　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |

【勤務体制】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 「職種」・（氏名） | 所長 | 常勤・非常勤の別 | 専任・兼務の別 | 週休 | 勤務時間 |
| １ | 「保健師等」（　　　　　　　　　） |  | 常勤・非常勤 | 専任 | 4週　休 | 　:　～　:　 |
| ２ | 「社会福祉士等」（　　　　　　　　　） |  | 常勤・非常勤 | 専任 | 4週　休 | 　:　～　:　 |
| ３ | 「主任介護支援専門員等」（　　　　　　　　　） |  | 常勤・非常勤 | 専任 | 4週　休 | 　:　～　:　 |
| ４ | 「生活支援コーディネーター」（　　　　　　　　　） |  | 常勤・非常勤 | 専任 | 4週　休 | 　:　～　:　 |
| ５ | 「認知症地域支援推進員」（　　　　　　　　　） |  | 常勤・非常勤 | 専任 | 4週　休 | 　:　～　:　 |
| ６ | 「事務職員」（　　　　　　　　　） |  | 常勤・非常勤 | 専任 | 4週　休 | 　:　～　:　 |
| ７ |  |  |  |  |  |  |

※収支予算書（様式８）で人件費の対象とする職員以外をセンター所長とする場合、センター所長の氏名と他業務の兼務状況を下記に記載してください。

【所長氏名：

兼務状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】