地域包括支援センター設置予定内容（事業計画書）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 応募圏域 |  |

**２．配置(予定)の職員について**

　①地域包括支援センターの職員

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 名　前(生年月日) | 保有資格 | 配置先  (本ｾﾝﾀｰ･分室) | 備　考 | 雇用形態(常勤･非常勤の別)  （採用(予定)年月日） | 兼務の有無と兼務内容 | |
| 指定介護予防支援  事業所との兼務 | 左記以外の兼務状況  （⇒【注4】参照） |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  |  |  | (　 年　月　日) | 有 ・ 無 |  |

【注1】職種欄には、配置予定職種である｢主任介護支援専門員｣｢社会福祉士｣｢保健師･看護師｣のいずれかを記入してください。3職種に加えて事務職員を雇用する場合には｢事務職員｣

と記入してください。（職種ごとの必要な資格条件については仕様書を確認した上でご記入ください。）

【注2】有資格者ではなく「準ずるもの」の配置を予定している場合は、備考欄に「業務経験（仕様書に記載の条件を満たすこと）」についてご記入ください。また、「地域の通いの場づくり支援事業の担当者」と、「認知症地域支援推進員」は、その旨記載してください。

【注3】配置予定職員の名前が未定の場合には、職種･雇用形態･採用年月日のみ記入してください。

【注4】地域包括支援センター職員として配置が必要な人数･職種に関しては、指定予防支援業務及び認知症地域支援推進員以外の兼務は認められていませんのでご注意ください。

【注5】上記職員については、別紙「経歴書」を添付してください。（未採用者は不要）

②指定介護予防支援事業所の職員

前頁①の職員以外の職員を介護予防支援事業所に配置する場合、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　前(生年月日) | 保有資格 | 雇用形態  （常勤･非常勤の別） | 配置先  (センター・分室) | 採用(予定)年月日 | 兼務の有無と兼務内容 | 常勤換算後  の人数 |
| (　 年　月　日) |  |  |  | 年 　月　 日 |  |  |
| (　 年　月　日) |  |  |  | 年 　月　 日 |  |  |
| (　 年　月　日) |  |  |  | 年 　月　 日 |  |  |
| (　 年　月　日) |  |  |  | 年 　月　 日 |  |  |

【注】上記職員の「経歴書」は不要です。

≪職員経歴書≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  名　前 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　齢 | 歳 |
| 経　歴  （おもなもの）  ※年月も記入 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 資　格  （おもなもの）  ※取得年月  も記入 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 配置予定職種 | 保健師（看護師）　・　社会福祉士　・　主任介護支援専門員 | | |
| 上 記 職 種  としての  業務経験年数 |  | | |