人員配置計画書

| 1. | 職員の配置計画 |
|----|---------|
|----|---------|

| 職種等 | 配置人数 | 担当させる予定の 介護予防プラン件数 |
|-------------------|------|-----------------------|
| 保健師 | | |
| 社会福祉士 | | |
| 主任介護支援専門員 | | |
| 直営ケース担当のケアマネジャー※1 | | |
| 計 | 0 | 0 |

2. 従事者の一覧 ※2

| | 氏名 | 職種 | 常勤・非常勤 | 専任・兼務 | 兼務の場合の内容 | 雇用形態 | 決定・見込 |
|---|-------|----|--------|-------|----------|------|-------|
| 1 | 〈管理者〉 | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |

| - | |
|-----------|--------------------------|
| 2 | 欠員時や緊急・夜間の対応について(現状及び予定) |
| <u>J.</u> | 人員時で素心・校前の対応について(現仏及び)を |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

※1 ケアマネジャーの人件費は委託料には含まれませんが、通常介護予防支援事業所の職員として1~2名程度必要です。

^{%2} ケアマネジャーも含めて記載し、記載した人員毎に様式10履歴書を添付してください。また、従事者が未定の場合は、氏名欄に「未定」と記入してください。