（様式6）　　　　　　　　　　　　　　**人員配置計画**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 管理予定者（職名・氏名） |  |
| 配置予定人数 | 障害者基幹相談支援センター　　名　　障害者相談支援センター　　名 |

１　職員配置予定者（配置（予定）方法は、□→■で選択してください）

①障害者基幹相談支援センター

|  |  |
| --- | --- |
| 配置（予定）方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済（　月　日入社）　　□募集予定□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 配置予定者 | 氏名 |  |
| 資格取得日 | 相談支援専門員（　　年　月　日）　　　　　　　　　（　　年　月　日） |
| 職　歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |

②障害者相談支援センター

|  |  |
| --- | --- |
| 配置（予定）方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済（　月　日入社）　　□募集予定□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 配置予定者 | 氏名 |  |
| 資格取得日 | 相談支援専門員（　　年　月　日）　　　　　　　　　（　　年　月　日） |
| 職　歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |
| 配置（予定）方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済（　月　日入社）　　□募集予定□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 配置予定者 | 氏名 |  |
| 資格取得日 | （　　年　月　日）　　　　　　　　　（　　年　月　日） |
| 職　歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |

③その他職員

|  |  |
| --- | --- |
| 配置予定 | □配置あり　　□配置なし |
| 配置予定者数　 | 相談支援専門員等その他職員（　　　　　　　　　　　　） | 　　　　　　　　　　名　　　　　　　　　　名 |

※１「職歴」は、現職を含めて過去3ヵ所分（5年以上）の相談支援業務に係る職務履歴を記入してください。

※２「雇用内諾済み」の場合は、内諾が確認できる書面等を添付してください。

※３　①、②の配置職員について「資格証明書」の写し及び「実務経験証明書」を添付してください。

２　法人における職員確保に関する状況

　配置予定職員が事業開始後、職員の退職等により職務に就くことができなくなった場合において、法人内の該当者の有無及びそれに伴う人事異動等の対応の可否について記載し、代替人員確保等の方針について記載してください。（2025年4月1日時点の見込み）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 法人内該当者人員 | 異動対応等の可否 |
| ①相談支援専門員・社会福祉士・精神保健福祉士・保健師のいずれかの資格を持ち、かつ障害者領域の相談支援業務の1年以上の経験を含む相談支援業務3年以上の経験を有する職員 | 　　　　　　　　名 | □異動対応可　□不可 |
| ②相談支援専門員で①以外の職員 | 　　　　　　　　名 | □異動対応可　□不可 |
| ③社会福祉士・精神保健福祉士・保健師のいずれかの資格を持つ①、②以外の職員 | 　　　　　　　　名 | □異動対応可　□不可 |
| 受託後の職員欠員に伴う代替え人員確保等の方針について |
|  |

※上記の法人内該当者人員及び異動対応等の可否は、□→■で選択してください。