様式第8号

吹田市障がい者相談支援センター人員配置

人員に関する要件

　□ 障がい者相談支援センター従事予定職員がいる。　　　　　　　**(1)を記入**

　□ 障がい者相談支援センター従事予定職員がいない。

　　　　　□ 現時点では資格要件に該当する職員がいない。　　　　**(2)を記入**

　　　　　□ 現時点では資格要件に該当する職員はいるが、従事するか未定。　　　　　　　　　　　**(3)を記入**

様式第8号

(1)　 障がい者相談支援センター従事予定者職員経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 男・女 |
| 生年月日（年齢） | 年　　月　　日（　　歳） | 管理者 | 該当・非該当 |
| 経　歴 |  |
| 資　格 |  |
| 経験年数 | 　　　　　　　年　　　か月 |
| 雇用体系 | 　　　　常勤　　　　　　　　　非常勤 |

・年齢及び経験年数は、平成30年（2018年）10月１日現在で記入してください。

・添付書類

　各職種について、その資格を証するものを提出してください。

　１　保健師

　　　　保健師免許証の写し

　２　助産師・看護師

　　　　看護師等免許証の写し

　　　　障がい者等の相談支援等に関する経歴書

３　社会福祉士

　　　　社会福祉士登録証の写し

　４　精神保健福祉士

　　　　精神保健福祉士登録証の写し

５　相談支援専門員

相談支援専門員研修修了証明書の写し

・経歴書は、全ての従事予定者について職員ごとに記入してください。

・本様式で不足する項目がある場合は、任意に追加してください。

様式第8号

(2)　人員を確保する方策

|  |
| --- |
|  |

※本様式で不足する項目がある場合は、任意に追加してください。様式第8号

(3)　従事予定者未定の場合の候補者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 氏名 | 資格 | 経歴・経験年数・研修受講状況等 | 備考 |
| 保健師・助産師・看護師 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 社会福祉士 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 精神保健福祉士 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談支援専門員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※本様式で不足する項目がある場合は、任意に追加してください。