

(様式第 3 号)

人員配置計画書

当事業に関係する職員について1にご記入ください。

また、1の従事者のうち保健指導統括者、管理者、保健指導実施者、食生活又は運動に関する実践指導者に当てはまる従事者については2の(1)～(4)についてもご記入ください。

1. 当事業に従事する職員

No.	統括	管理者	職種	ふりがな 氏名	常勤またはその他	新規 ※1	備考
1					常勤・ その他()		
2					常勤・ その他()		
3					常勤・ その他()		
4					常勤・ その他()		
5					常勤・ その他()		
6					常勤・ その他()		
7					常勤・ その他()		
8					常勤・ その他()		
9					常勤・ その他()		
10					常勤・ その他()		

※1 (継続事業者のみ) 今年度より新規で当事業に従事する職員には、○をつけてください。

* 保健指導の統括者及び管理者は該当欄に○を記入、行が足りない場合は付け足してください。

* 「職種」の欄は医師、保健師、管理栄養士、食生活又は運動に関する実践指導者、事務等を記入。

★事業開始後に、従事者の変更がある場合は、事前にこの様式第 3 号と「個人情報の取り扱いに係る作業従事者に関する届」をご提出ください。

2. 保健指導統括者, 管理者, 保健指導実施者, 食生活又は運動に関する実践指導者
(一人につき1枚となるよう表を追加してください)。

(1)保健指導統括者

保健指導統括者名	
資 格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士
研 修 受 講 歴	① <input type="checkbox"/> 有(国, 地方公共団体, 医療保険者, 日本医師会, 日本看護協会, 日本栄養士会等が実施する一定の研修) <input type="checkbox"/> 無 ② <input type="checkbox"/> 有(事業所内研修) <input type="checkbox"/> 無
生 年 月 日・年 齢	年 月 日 生 才
最 終 学 歴	
保 健 指 導 に 関 す る 職 歴	
採 用 (予 定) 年 月 日	年 月 日
備 考	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤

※資格を有する証明書(写し)を必ず添付すること

※備考欄の□の当てはまるところに☑を記入する

(2)管理者

管 理 者 氏 名	
生 年 月 日 ・ 年 齡	年 月 日 生 才
職 務 内 容	
資 格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他()
採用(予定)年月日	年 月 日
備 考	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤

※資格を有する場合, 証明書(写し)を必ず添付すること

※備考欄の□の当てはまるところに☑を記入する

(3)保健指導実施者(医師・保健師・管理栄養士等)

氏名	
資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士
生年月日・年齢	年 月 日生 才
最終学歴	
保健指導に関する職歴	
採用(予定)年月日	年 月 日
研修受講歴	① <input type="checkbox"/> 有(国, 地方公共団体, 医療保険者, 日本医師会, 日本看護協会, 日本栄養士会等が実施する一定の研修) <input type="checkbox"/> 無 ② <input type="checkbox"/> 有(事業所内研修) <input type="checkbox"/> 無
備考	

※資格を有する証明書(写し)を必ず添付すること

※備考欄の□の当てはまるところに☑を記入する

(4)食生活又は運動に関する実践指導者

氏名	
資格	<input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()
生年月日・年齢	年 月 日生 才
最終学歴	
保健指導に関する職歴	
採用(予定)年月日	年 月 日
研修受講歴	① <input type="checkbox"/> 有(国, 地方公共団体, 医療保険者, 日本医師会, 日本看護協会, 日本栄養士会等が実施する一定の研修) <input type="checkbox"/> 無 ② <input type="checkbox"/> 有(事業所内研修) <input type="checkbox"/> 無
備考	

※資格を有する証明書(写し)を必ず添付すること

※備考欄の□の当てはまるところに☑を記入する