様式第４号

令和　　年　　月　　日

四條畷市長　宛

所　在　地

商号又は名称

代表者職氏名

職員配置調書

　令和６年４月１日付けの職員配置予定について記入してください。

（留意事項）

　　　「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不用です。

　　　「職歴」は現職を含めて過去の職務履歴を記入してください。

１　保健師等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □既配置者　□法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □保健師　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）  資格取得日：　　　年　　月　　日  ※準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □既配置者　□法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □保健師　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）  資格取得日：　　　年　　月　　日  ※準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

２　社会福祉士等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □既配置者　□法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □社会福祉士　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）  資格取得日：　　　年　　月　　日  ※準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □既配置者　□法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □社会福祉士　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）  資格取得日：　　　年　　月　　日  ※準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

３　主任介護支援専門員等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □既配置者　□法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □主任介護支援専門員　□同職に準ずる者  　（□→■で選択すること）  資格取得日：　　　年　　月　　日  ※準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 配置方法 | | □既配置者　□法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □主任介護支援専門員　□同職に準ずる者  　（□→■で選択すること）  資格取得日：　　　年　　月　　日  ※準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

４　その他

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置予定 | | □配置予定あり　　□配置予定なし　〔□→■で選択すること〕 |
| 配置予定者 | 氏名 |  |
| 職種 | □事務職員　　□介護支援専門員 □その他（　　　　　　　　） |
| 資格 |  |
| 配置予定者 | 氏名 |  |
| 職種 | □事務職員　　□介護支援専門員　　□その他（　　　　　　　　） |
| 資格 |  |
| 配置予定者 | 氏名 |  |
| 職種 | □事務職員　　□介護支援専門員　　□その他（　　　　　　　　） |
| 資格 |  |