（様式７-３）

**人員配置計画書**

（米原市認知症初期集中支援チーム）

１　令和６年４月１日以降の職員体制　　　　　人

２　１の職員数の内訳を記載してください。

　(1)　令和６年４月１日時点における人員配置計画について、人員体制および専門職種の経験年数について記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　種 | 合計 | 専門職種の経験年数 | | | | 新規  採用  見込み |
| ３年  未満 | ３年～  ５年未満 | ５年～  10年未満 | 10年  以上 |
| ① | チーム員医療職 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 免許・資格(　　　　) | |  |  |  |  |  |  |
| ② | チーム員福祉職 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 免許・資格(　　　　) | |  |  |  |  |  |  |
| ③ | チーム員医師 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 免許・資格(　　　　) | |  |  |  |  |  |  |
| ④ |  | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 免許・資格(　　　　) | |  |  |  |  |  |  |
| ⑤ |  | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 免許・資格(　　　　) | |  |  |  |  |  |  |
| ⑥ |  | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 免許・資格(　　　　) | |  |  |  |  |  |  |
|  | 合　計 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

３　２の職員のうち、特筆すべき実績等があれば記載してください。

|  |
| --- |
|  |