**事業計画書　附表**

|  |
| --- |
| **１　管理者** |
| 氏名 | 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |
|  |  |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） |
| 名称 |  |
| 兼務する職種 |  |

|  |
| --- |
| **２　運動プログラム従業者　（事業に従事する職員を全員記入すること）** |
| 区分 | 職種・資格名 | 名前 |
| 運動プログラム指導員 |  |  |
| 運動プログラム指導員（※1） |  |  |
| 看護職員 |  |  |
| 看護職員（※1） |  |  |
| 看護職員（※1） |  |  |
| 運動プログラム支援員 |  |  |
| 運動プログラム支援員（※1） |  |  |
| 運動プログラム支援員（※1） |  |  |

※1従業者が2名以上従事する場合はこの欄に記載してください。

|  |
| --- |
| **３　運動プログラム指導員が、理学療法士又は作業療法士でない場合において、理学療法士又は****作業療法士から助言・指導を受けることができる体制の確保の状況** |
| フリガナ |  | 資格の種類 |
| 名前 |  |  |
| 勤務先の住所 | 〒 | 勤務先の事業所（施設）の名称 |
|  |

|  |
| --- |
| **４　運動プログラム支援員の職歴書** |
| フリガナ |  |  |
| 名前 |  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| フリガナ |  |  |
| 名前 |  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| フリガナ |  |  |
| 名前 |  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
| フリガナ |  |  |
| 名前 |  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月～　　年　　月 | 勤務先等 | 常勤・非常勤 | 職務内容 |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |
|  |  | 常勤・非常勤 |  |

**必要に応じて欄を追加してください。**

|  |
| --- |
| **５　救急法又はＡＥＤにかかる講習受講者** |
| 区分 | 名前 | 受講時期 |
| 救急法 |  | 年　　　　月 |
| ＡＥＤ |  | 年　　　　月 |

|  |
| --- |
| **６　口腔機能向上プログラム従業者** |
| 区分 | 職種・資格名 | 名前 |
| 口腔プログラム指導員 |  |  |
| 口腔プログラム指導員（※1） |  |  |
| ≪委託の場合≫ |
| 委託先の事業者の名称・住所 | 名称 | 住所 |
|  |  |
| 区分 | 職種・資格名 | 名前 |
| 口腔プログラム指導員 |  |  |
| 口腔プログラム指導員（※1） |  |  |

※1指導員が2名以上従事する場合はこの欄に記載してください。

|  |
| --- |
| **７　栄養改善プログラム従業者** |
| 区分 | 職種・資格名 | 名前 |
| 栄養改善プログラム指導員 |  |  |
| 栄養改善プログラム指導員（※1） |  |  |
| ≪委託の場合≫ |
| 委託先の事業者の名称・住所 | 名称 | 住所 |
|  |  |
| 区分 | 職種・資格名 | 名前 |
| 栄養改善プログラム指導員 |  |  |
| 栄養改善プログラム指導員（※1） |  |  |

※1指導員が2名以上従事する場合はこの欄に記載してください。