

2. 実施体制 (団体記号:)

(1) 人員体制 (※相談支援専門員の常勤換算人数)

配置予定者の人数	名
----------	---

(2) 配置予定者の資格等

< 1人目 >

種別 <small>該当するものに○</small>	相談支援専門員		常勤換算	人
	業務管理者		兼務の有無	
氏名			年齢	
現在の所属			役職	
有する資格	相談支援専門員		資格取得年度:	年度
			資格取得年度:	年度
			資格取得年度:	年度
			資格取得年度:	年度
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
相談支援業務経験年数			年	

< 2人目 >

種別 <small>該当するものに○</small>	相談支援専門員		常勤換算	人
	業務管理者		兼務の有無	
氏名			年齢	
現在の所属			役職	
有する資格	相談支援専門員		資格取得年度:	年度
			資格取得年度:	年度
			資格取得年度:	年度
			資格取得年度:	年度
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
相談支援業務経験年数			年	

(様式 8)

川越市障害者相談支援事業業務委託 企画提案書

< 3 人目 >

種別 <small>該当するものに○</small>	相談支援専門員		常勤換算	人
	業務管理者		兼務の有無	
氏名			年齢	
現在の所属			役職	
有する資格	相談支援専門員		資格取得年度：	年度
			資格取得年度：	年度
			資格取得年度：	年度
			資格取得年度：	年度
職歴等 (直近3つ)	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	相談支援業務経験年数			年

< 4 人目 >

種別 <small>該当するものに○</small>	相談支援専門員		常勤換算	人
	業務管理者		兼務の有無	
氏名			年齢	
現在の所属			役職	
有する資格	相談支援専門員		資格取得年度：	年度
			資格取得年度：	年度
			資格取得年度：	年度
			資格取得年度：	年度
職歴等 (直近3つ)	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	相談支援業務経験年数			年

(様式8)

川越市障害者相談支援事業業務委託 企画提案書

(3) 欠員が生じた場合の貴法人内での人員確保の手段について記載してください。

(法人内の相談支援専門員の人数： 人)