（添付様式２）

**職種別職員採用計画表**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別：認知症対応型共同生活介護

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 採用予定者氏名 | 従事経験の有無 | 資格・経験年数 | 予定している募集・採用方法（時期を示し、具体的に記述してください。） |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |
|  |  | 有　・　無 |  |  |