実施体制調書

令和　　年　　月　　日

特定保健指導に係る人員体制

本事業を受託した場合の担当者（予定）について記載してください。

※保有資格、経歴・実績については、本事業を担当するのに適していることがわかるものを記載

1. 統括責任者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 役職 | 保有資格 | 勤務状態 | 実務経験・年数 |
|  |  |  | 常勤・非常勤 |  |

(2)指導従事者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 人数 | 再掲(人) | | 再掲(人) | | |
| 特定保健指導  事業専任者 | 当市担当  特定保健指導  従事予定者 | 年間保健指導  件数  100件以上 | 年間保健指導  件数  50件以上 | 年間保健指導  件数  50件以下 |
| 医師 |  |  |  |  |  |  |
| 保健師 |  |  |  |  |  |  |
| 管理栄養士 |  |  |  |  |  |  |
| 健康運動指導士 |  |  |  |  |  |  |
| 事務職 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |

(3)当市担当責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 職種 |
|  | （常勤・非常勤） |

(4)従事予定者の教育・研修システム

|  |
| --- |
| ・特定保健指導に関する研修実績  ・新規採用者(非常勤職員を含む)の研修計画 |

(5)体制図

|  |
| --- |
| ※市との連携体制(日常業務、土日祝日を含む事業実施日での連携体制)についても記載すること。  ※利用者からの相談、苦情の受付体制についても記載すること。 |