**配置職員予定者就任承諾書**

私は、≪事業所名≫について、≪法人名≫が県から指定障害福祉サービス事業者等の指定を受けた場合には、その指定時から次のとおり当該事業所の職員として就任することを承諾しました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | □ 新規採用（予定を含む）  □ 法人内の人事異動予定   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 当該事業所採用前の勤務先 | 事業所名 |  | | 事業所所在地 |  | | サービス種別 |  | | 職　　種 |  | | 指定日以降の勤務形態 | □ 指定日以降も現在の勤務先との兼務  □ 指定日以後は他の事業所との兼務はしない  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 勤務形態 | □ 常勤　　□ 常勤以外 |
| 職　種 | □ 管理者　□ サービス管理責任者　□ 児童発達支援管理責任者  □ サービス提供責任者　□ 生活支援員　□ 職業指導員　□ 保育士  □ 児童指導員　□ 医師　□ 看護師　□ 機能訓練担当職員　□ 地域生活支援員  □ 相談支援専門員　□ その他（　　　　　　　　　　　　　） |

※該当するものに✔をしてください

※常勤とは、原則、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間（１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいいます。事業者（法人）が正社員やフルタイム職員として雇用していても、事業所において、求められる常勤職員としての勤務を行わない場合は常勤以外を選択ください。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名

電話番号

※必ず職員本人の自署による原本を提出ください。

※記載いただいた電話番号に県から直接お電話する場合があります。

　上記の職員について、指定障害福祉サービス事業者等に係る指定申請書に記載の事業（支援）開始日又は指定日から配置できなくなった場合には、速やかに当該事業（支援）開始日（県からの指定に係る指令書の送達後にあっては、指定日）より前に県へ配置職員予定者就任取下げ書を提出することを約束します。

法人名

所在地

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※必ず代表者印を押印して提出ください。

(注)人員配置基準において配置が求められる職種の職員及び各種加算（処遇改善に係る加算を除く。）の取得に必要となる職員について、この書類を提出してください。