定員・従業者等事業計画概要書

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の形態 | | | | □ 一体型 　□ 連携型 （連携する訪問看護事業所：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 併設事業所  （併設施設） | | | | □ あり （種別： ） | | | | | | | | | | |
| □ なし | | | | | | | | | | |
| □ 整備予定あり （種別： ） | | | | | | | | | | |
| □ 整備予定なし | | | | | | | | | | |
| オペレーション機器の有無 | | | | * 有　（機器名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） * 無　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　で対応） | | | | | | | | | | |
| 職員の概要 | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者について | 氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 経歴 | | | | | | | | | 職務内容 | | | 経験年数 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
| □ 専従  □ 兼務（事業所（施設）名： 職種： ） | | | | | | | | | | | | | |
| 取得済の資格等の名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 研修の受講歴 | | |  | | | | | | | | | | |
| オペレーターについて | 氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 経歴 | | | | | | | | | 職務内容 | | | 経験年数 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
|  | | | | | | | | |  | | | 年 ヶ月 | |
| □専従  □兼務(事業所(施設)名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職種：　　　　　　　　 　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 取得済の資格等の名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 研修の受講歴 | | |  | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | オペレーター | | | 訪問介護員 | | | 訪問看護を行う  看護師等 | |  | |
| 専従 | | 兼 務 | 専従 | 兼 務 | | 専従 | 兼 務 |  |  |
|  | | | 常勤（人） | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 従業者計（人） | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 介護保険サービス以外の利用者負担額  （実費徴収するものを除き、入所者から一律徴収する料金について記入してください） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 項目 | | | | 費用額 | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | |  | | | | | | | | |