第１号様式の２

　　年　　月　　日

事　業　計　画　書

１　訪問看護ステーションの名称、所在地、管理者及び事業者番号等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者氏名 |  | 事業者番号 |  |
| 指定年月日 | 　　年　　月　　日 |

２　配置従業員数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 合計 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※小数点以下第１位までを記入してください（小数点以下第２位切捨て）。

３　利用者数　　　　　　　　人　（　　　　年　　月　１日現在：実人員）

４　休業取得予定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 休業取得職員氏名 |  | 入職日 | 　　年　　月　　日 |
| 職種 |  | 勤務時間 | 時　　分　～　　時　　分　（　　時間勤務） |
| 出産（予定）日・子の出生日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 被介護者の氏名 |  | 続柄 |  | 年齢（歳） |  |
| 産前産後休業取得（予定）期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 育児休業取得（予定）期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 介護休業取得（予定）期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 介護休業取得形態 | □ 毎日 ・ □ 毎週（　　　　） ・ □ その他（　　　　　　　　　） |
| 介護内容等 |  |

※各休業を取得する必要があることを確認できる書類を添付してください。