第１号様式の２（第７条関係）

　　　　年　　月　　日

事　業　実　施　計　画　書

１　訪問看護ステーションの名称、所在地、管理者、事業所番号等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称※ |  |
| 所在地※ |  |
| 指定年月日 | 　　年　　月　　日 | 事業所番号 |  |
| 管理者氏名 |  | 管理者の訪問看護歴(通算／当該事業所) | 　　　年／　　　年 |
| 指導者指名 |  | 指導者の訪問看護歴(通算／当該事業所) | 　　年／　　　年 |
| 利用者数 | 　人(　　年　月　日現在） | 月間訪問件数 | 　件（　　　年　月実績） |
| 研修、カンファレンス、健康診断等の実施状況 | 【研修】【カンファレンス】【健康診断】 |

※出張所（サテライト）の場合、主たる事業所と出張所の両方について記載すること

２　配置従業員数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(単位：　人)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 看護師 | 准看護師 | 保健師 | 合計 | 理学療法士等 | 携帯当番者数 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 実人数 | 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位を切り捨てる。）。

３．区分　※該当する区分を選択してください。

①　新規で雇用する訪問看護師の給与費助成

②　新規開設訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師の給与費助成（　　名）