

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(平成 年 月)

サービス種類 ((介護予防)認知症対応型通所介護)
 事業所名称 ()

利用定員数 名

職種	勤務形態	資格	氏名	シフト 曜日を入力→	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	4週の合計			
					シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト	勤務時間数	シフト		勤務時間数	シフト	勤務時間数
管理者				シフト																																			0
生活相談員				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
生活相談員				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
機能訓練指導員				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
機能訓練指導員				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
介護職員				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
介護職員				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
介護職員				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			
				シフト																																		0	
				勤務時間数																																			

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間 [就業規則等で定められた1週あたりの勤務時間] : _____

時間 / 週
 時間 / 日 (d)

常勤職員が勤務すべき1日あたりの勤務時間 [就業規則等で定められた1日あたりの勤務時間] : _____

サービス提供時間帯: _____ : _____ ~ _____ : _____ まで

勤務時間帯	シフト	勤務時間帯	実働時間
		: ~ :	
		: ~ :	
		: ~ :	
		: ~ :	

シフト	勤務時間帯	実働時間
	: ~ :	
	: ~ :	
	: ~ :	
	: ~ :	

備考

- 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)の4週間分のシフトおよび勤務すべき時間数(休憩時間除く。)を記載してください。
- 職種ごとに右記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。 **勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務**
- 資格欄は、資格が必要な職種のみ記載してください。
- 職員が兼務する場合(例:生活相談員と介護従事者)には、それぞれの職種で勤務時間を分けて記入してください。
- 従業者の欄が足りないときは、欄を増やして記入してください。(ページを増やすことも可)