

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

障がいサービスの人員
基準にてご提出下さい。

事業所名	ショートステイ〇〇〇〇
サービスの種類	短期入所
当該事業所における常勤の従業者が1週当たりに勤務すべき時間数	40 時間
事業開始予定月の勤務予定と時間帯(通所リハビリテーションの場合のみ記入)	~ (時間)

事業開始予定月の勤務予定として作成してください。

記載不要

(平成30年10月分)(単位目)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備考
			曜日							曜日							曜日							曜日										
			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				
管理者	A	〇〇 〇〇	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	160.0	40.0	1.00	兼務状況等を記載すること
		小計	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0			8.0	8.0	8.0	8.0	8.0			8.0	8.0	8.0	8.0	8.0			8.0	8.0	8.0	8.0	8.0			160.0	40.0	1.00	
従業者	C	〇〇 〇〇	×	2.0	×	×	2.0	×	×	×	2.0	×	×	2.0	×	×	×	2.0	×	×	×	×	×	2.0	×	×	2.0	×	×	16.0	4.0	0.10		
従業者	A	〇〇 〇〇	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	160.0	40.0	1.00	
従業者	B	〇〇 〇〇	×	×	×	×	×	8.0	8.0	×	×	×	×	×	8.0	8.0	×	×	×	×	×	8.0	8.0	×	×	×	×	×	8.0	8.0	64.0	16.0	0.40	
従業者	A	〇〇 〇〇	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	160.0	40.0	1.00	
従業者	D	〇〇 〇〇	×	×	×	×	×	3.0	3.0	×	×	×	×	×	3.0	3.0	×	×	×	×	×	3.0	3.0	×	×	×	×	×	3.0	3.0	24.0	6.0	0.15	
従業者	A	〇〇 〇〇	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	160.0	40.0	1.00	
従業者	D	〇〇 〇〇	3.0	×	3.0	×	3.0	3.0	3.0	×	3.0	×	3.0	3.0	3.0	3.0	×	3.0	×	3.0	3.0	3.0	3.0	×	3.0	×	3.0	3.0	3.0	60.0	15.0	0.38		
合計			27.0	26.0	27.0	24.0	29.0	14.0	14.0	27.0	26.0	27.0	24.0	29.0	14.0	14.0	27.0	26.0	27.0	24.0	29.0	14.0	14.0	27.0	26.0	27.0	24.0	29.0	14.0	14.0	644.0	161.0	4.03	

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。

注2: 4週間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。

注3: 職種ごとに小計を付けて分けること。

注4: 実施単位ごとに作成すること。

注5: 夜勤体制を記載する場合は、夜勤を網掛けする等わかるよう記載し、余白にその旨を記載してください。

担当者名	担当者連絡先
高齡 福子	介護サービス事業部 TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002