|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認知症対応型共同生活介護 | 事業所名 |  |

従業者名簿（　　　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　名 | 勤務形態 | 事業所への配属日 | 資　格　名 | 資格取得日 | 兼務状況（兼務名等） | 秘密保持の誓約書等 |
| 1 | 管理者 |  | 常　・ 兼 | 年　　月　　日 |  | 年　　月　　日 |  | 有・無 |
| 2 | 計画作成担当者 |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 3 | 看護師 |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 4 | 介護従業者 |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 5 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 6 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 7 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 8 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 9 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 10 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 11 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 12 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 13 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 14 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 15 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 16 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 17 |  |  | 常・ 非・ 兼 |  |  |  |  | 有・無 |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |

20190328

※提出時、以下は削除してください。

指導日前月の人員状況について、全従業員を記入すること。欄が足りない場合は、本用紙をコピー等して使用してください。

1. 職種・氏名　：　全職員の氏名を職種別に記入してください。（事業所内の他の職種を兼務している場合は、兼務する職種ごとに記入してください。）
2. 勤務形態　：　該当するものに○をつけてください。　（常＝常勤、非＝非常勤、兼＝兼務）
3. 事業所への配属日　：　貴事業所へ配属（採用）された日を記入してください。
4. 資格名・資格取得日　：　職種に必要な資格名・取得日を記入してください。
5. 兼務状況　：　兼務をしている場合、その職種、職務、業務名等を記入してください。
6. 秘密保持の誓約書等　：　雇用契約、誓約書等で同意を得ている場合は「有」に○をつけてください。