参考様式－職員配置

**職員の配置状況表**　【　独立型・併設型　】　　　　（入所　　人）　　（　通所　　人 営業日　　週　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　　　名 | 職　　　種 | 氏　　　名 | 勤続年数 | 専任・兼任及び常勤・非常勤の別 | 勤務割合 | 勤務割合 | | 兼務先 | 免許登録年月日 | 免許（登録）番号（**※介護支援専門員については登録証明書№）** | 備　　　考 |
| 入所 | 通所 |
|
| 管　理　者 | 医師 |  | 年　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 医師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 薬剤師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護・介護の長 | 看護師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 准看護師 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 介護福祉士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 介護員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 支援相談員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 理学療法士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 作業療法士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 言語聴覚士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （管理）栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 介護支援専門員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事　務　長 | 事務員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 事務員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　上記の記載事項に相違ありません。　　　〔開設（事業）者の名称〕

〔代表者の職・氏名〕