

宿泊サービス従業者名簿

事業所名： _____

平成 年 月末現在

NO	サービス従業者氏名	勤務形態	地域密着型 通所介護事業所等 との兼務	資格等の有無	資格等の名称	介護等業務 経験年数
1		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
2		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
3		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
4		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
5		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
6		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
7		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
8		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
9		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月
10		常勤・非常勤	有・無	有・無		年 月

- ※ 1. 宿泊サービスにおいて、利用者に直接の介護提供業務に従事する者を記載してください。
2. 「勤務形態」は日中の地域密着型通所介護事業所等での勤務時間を合算し、「常勤」「非常勤」を選択してください。
3. 「資格等」とは介護福祉士の資格を有する者及び実務者研修、介護職員初任者研修、ヘルパー1級、ヘルパー2級の研修修了者を指します。
また、保健師、看護師、准看護師の資格を有する場合も記載の上、資格証の写しを添付してください。
3. 「介護等業務経験年数」は資格の有無にかかわらず、介護事業所、医療機関、その他介護を提供する施設等において、利用者に直接の介護（看護を含む）提供業務に従事した経験年数を、届出する月の前月末時点の年数で記載してください。