

業務実施計画書

年 月 日

1. 基本事項

法人名			
法人住所			
代表者氏名			
事業所名称			
事業所住所			
担当者連絡先		メール アドレス	

2. 業務実施体制

提供日	時間	実施場所	受入可能人数					
月曜日			人					
火曜日			人					
水曜日			人					
木曜日			人					
金曜日			人					
土曜日			人					
日曜日			人					
合計			人					
送迎 可・不可	送迎可の場合 送迎可能な曜日に ○をつけてください。	月	火	水	木	金	土	日

3. 従事職員

氏名	資格	実務 年数
受託責任者:		
従事者:		
従事者:		
従事者:		

業務実施計画書

年 月 日

1. 基本事項

法人名	医療法人 ○○会 (受託する法人名を記入)		
法人住所	市川市八幡1丁目1番地1号 (法人住所)		
代表者氏名	市川 太郎		
事業所名称	●●●事業所 (事業を行う事業所名)		
事業所住所	市川市市川1丁目1番地1号 (事業所の住所)		
担当者連絡先	連絡先電話番号	メール アドレス	

2. 業務実施体制

提供日	時間	実施場所	受入可能人数
月曜日	16:00~17:00	●●●事業所	1 人
火曜日	事業を実施できる時間帯・実施場所・受入可能人数を記入してください。		人
水曜日			人
木曜日			人
金曜日	15:30~16:30	●●●事業所	3 人
土曜日			人
日曜日			人
合計			4 人
送迎 <input checked="" type="radio"/> 可 ・ 不可	送迎可の場合 送迎可能な曜日に ○をつけてください。	<input checked="" type="radio"/> 月 火 水 木 金 土 日	

3. 従事職員

氏名	資格	実務 年数
受託責任者: 末広 一郎	管理者 (受託責任者は役職を記入してください。)	
従事者: 八幡 花子	理学療法士	10年
従事者: 行徳 二郎	作業療法士	5年
従事者:		