第３号様式

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 | 通所介護事業所との兼務 | 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。