**夜間対応型訪問介護事業計画書**

（協議様式１）

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人の概要 | 事業主体（法人名） |  |
| 法人の所在地 | （〒 　 －　　　）  |
| 法人の連絡先 | 電話 | （　　　　） | FAX | （　　　　） |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 担当者名 |  |
|  |
| 事　業　の　概　要 | 事業所の名称 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 予定利用者数（推定） | 人 | オペレーションセンターの有無及び箇所数 | 有・無 | 箇所 |
| 開設予定年月（事業開始予定） |  年 月 | 併設施設の有無と種別 | 併設施設 | 有　　・　　無 |
| 施 設 名 |  |
| 施設種別 |  |
|  |
| 人員配置の状況 | 職員確保及び配置計画（※職種ごとに配置予定員数及び現状の確保状況又は予定時期について記載してください。）営業日　　　曜日から　　曜日（週　　　日）サービス提供時間　　時　　分から　　時　　分職員の勤務時間　　時　　分から　　時　　分 | 管理者 |  |
| オペレーター (資格者の確保) |  |
| 介護職員（定期巡回）(資格者の確保) |  |
| 介護職員（随時訪問）（資格者の確保） |  |