第１号様式の２

**記入例**

**第１号様式の２**

**（産休・育休）**

令和５年○○月○○日

事　業　計　画　書

１　訪問看護ステーションの名称、所在地、管理者及び事業者番号等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | ○○訪問看護ステーション | | |
| 所在地 | 東京都○○区○○町○丁目○番○号 | | |
| 管理者氏名 | ○○　○○ | 事業者番号 | １３００００００００ |
| 指定年月日 | ○○年○○月○○日 | | |

２　配置従業員数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保健師 | | 助産師 | | 看護師 | | 准看護師 | | 合計 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 | 申請月の状況を勤務形態  一覧表を基に記入  （矛盾が無いように記入） |  |  |  | ２ | １ |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  | ２ |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数 |  |  |  |  | ３．３ | ０．５ |  |  | ３．８ |

※小数点以下第１位までを記入してください（小数点以下第２位を切り捨てる。）。

申請月（もしくは直近）

の情報を記入

３　利用者数　　　　○○○人　（令和５年○○月１日現在：実人員）

４　研修受講予定　　【研修代替の場合、該当する様式を添付してください。】

（１）外部研修・その他研修　　別紙１、別紙１－２

（２）同行訪問　　　　　　　　別紙２

５　休業取得予定　　【産休等代替の場合、該当する項目に必要事項を記入してください。】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 休業取得職員氏名 | | | ○○　○○ | | | | | | | 入職日 | | 平成２９年4月1日 | | | | |
| 職種 | 看護師 | | | | 勤務時間 | | | 9時00分　～　18時00分　（　8時間勤務） | | | | | | | | |
| 出産（予定）日・子の出生日 | | | | | | 令和５年7月1日 | | | | | | | 子の氏名 | |  | |
| 被介護者の氏名 | |  | | | | | | | 続柄 | |  | | | 年齢（歳） | |  |
| 産前産後休業取得（予定）期間 | | | | | | | 令和５年5月21日　～　令和５年8月26日 | | | | | | | | | |
| 育児休業取得（予定）期間 | | | | | | | 令和５年8月27日　～　令和６年6月30日 | | | | | | | | | |
| 介護休業取得（予定）期間 | | | | | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 介護休業取得形態 | | | | □ 毎日 ・ □ 毎週（　　　　） ・ □ その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 介護内容等 | | | | 原則として、休業予定期間を記入  ただし、すでに会社へ届出ている  場合はその期間を記入 | | | | | | | | | | | | |

※各休業を取得する必要があることを確認できる書類を添付してください。

第１号様式の２

**記入例**

**第１号様式の２**

**（介休）**

令和５年○○月○○日

事　業　計　画　書

１　訪問看護ステーションの名称、所在地、管理者及び事業者番号等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | ○○訪問看護ステーション | | |
| 所在地 | 東京都○○区○○町○丁目○番○号 | | |
| 管理者氏名 | ○○　○○ | 事業者番号 | １３００００００００ |
| 指定年月日 | ○○年○○月○○日 | | |

２　配置従業員数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保健師 | | 助産師 | | 看護師 | | 准看護師 | | 合計 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 | 申請月の状況を勤務形態  一覧表を基に記入  （矛盾が無いように記入） |  |  |  | ２ | １ |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  | ２ |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数 |  |  |  |  | ３．３ | ０．５ |  |  | ３．８ |

※小数点以下第１位までを記入してください（小数点以下第２位を切り捨てる。）。

申請月（もしくは直近）

の情報を記入

３　利用者数　　　　○○○人　（令和５年○○月○○日現在：実人員）

４　研修受講予定　　【研修代替の場合、該当する様式を添付してください。】

（１）外部研修・その他研修　　別紙１、別紙１－２

（２）同行訪問　　　　　　　　別紙２

５　休業取得予定　　【産休等代替の場合、該当する項目に必要事項を記入してください。】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 休業取得職員氏名 | | | ○○　○○ | | | | | | | 入職日 | | 平成２９年4月1日 | | | | |
| 職種 | 看護師 | | | | 勤務時間 | | | 9時00分　～　18時00分　（　8時間勤務） | | | | | | | | |
| 出産（予定）日・子の出生日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 子の氏名 | |  | |
| 被介護者の氏名 | | ○○　△△ | | | | | | | 続柄 | | 父 | | | 年齢（歳） | | 81 |
| 産前産後休業取得（予定）期間 | | | | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 育児休業取得（予定）期間 | | | | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 介護休業取得（予定）期間 | | | | | | | 令和５年10月1日　～　令和５年12月28日 | | | | | | | | | |
| 介護休業取得形態 | | | | □ 毎日 ・ ☑ 毎週（水曜日） ・ □ その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 介護内容等  原則として、休業予定期間を記入  ただし、すでに会社へ届出ている  場合はその期間を記入 | | | | 被介護者の骨折に伴う通院の付き添い。毎週水曜日の通院時に介護を要するため。 | | | | | | | | | | | | |

※各休業を取得する必要があることを確認できる書類を添付してください。