様式第3号（その8）　【新規指定（許可）申請、更新申請、変更届用】※ 地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設、共用型の（介護予防）認知症対応型通所介護、介護予防支援の場合

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事　業　所　名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇
サービスの種類	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
当該事業所における常勤の従業者が1週当たりに勤務すべき時間数	40　時間
共用型の（介護予防）認知症対応型通所介護の場合のみ記入）	～　（　時間　）

※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間（送迎時間を除く。）

事業開始予定月の勤務予定として作成してください。

「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の場合」は記載

（ 平成 29 年 9 月分）

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備考
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
		曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木				
管理者	A	〇〇　〇〇	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	
		小計	8.0	0.0	0.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	0.0	0.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	0.0	0.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	0.0	0.0	8.0	8.0	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	
医師	C	〇〇　〇〇	2.0	×	×	×	2.0	×	×	2.0	×	×	×	2.0	×	×	2.0	×	×	×	2.0	×	×	2.0	×	×	×	2.0	×	×	16.0	4.0	0.10	
		小計	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	16.0	4.0	0.10	
生活相談員	B	〇〇　〇〇	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	120.0	30	0.75	ショートステイ〇〇〇〇生活相談員兼務
		小計	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	120.0	30	0.75	
看護職員	A	〇〇　〇〇	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	
看護職員	B	〇〇　〇〇	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	120.0	30	0.75	機能訓練指導員兼務
看護職員	D	〇〇　〇〇	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	40.0	10	0.25	機能訓練指導員兼務
		小計	16.0	0.0	0.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	0.0	0.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	0.0	0.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	0.0	0.0	16.0	16.0	16.0	16.0	320.0	80.0	2.00	
機能訓練指導員	B	〇〇　〇〇	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	40.0	10	0.25	看護職員兼務
機能訓練指導員	D	〇〇　〇〇	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	40.0	10	0.25	看護職員兼務
		小計	4.0	0.0	0.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	0.0	0.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	0.0	0.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	0.0	0.0	4.0	4.0	4.0	4.0	80.0	20.0	0.50	
栄養士	B	〇〇　〇〇	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	120.0	30	0.75	ショートステイ〇〇〇〇栄養士兼務
		小計	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	120.0	30.0	0.75	
合計			42.0	0.0	0.0	40.0	42.0	40.0	40.0	42.0	0.0	0.0	40.0	42.0	40.0	40.0	42.0	0.0	0.0	40.0	42.0	40.0	40.0	42.0	0.0	0.0	40.0	42.0	40.0	40.0	816.0	204	5.10	

注1：「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
注2：４週間の勤務時間数を記入し、公休の場合は「×」を記入すること。また、備考欄には資格や兼務状況を記載すること。
注3：職種ごとに小計を付けて分けて記載し、職員が複数の職種を兼務している場合は、それぞれの職種ごとに勤務時間を割り振ること。
注4：介護職員はユニットごとに作成し、夜勤体制については、夜勤を網掛け（色塗り）する等わかるよう記載すること。
注5：ユニットリーダーは備考欄にその旨記載すること。

兼務状況等を記載すること

担当者名	担当者
高齢　福子	介護サービス事業 TEL　025-000-00 FAX　025-000-0002

様式第3号（その2）【新規指定（許可）申請、更新申請、変更届用】※『（介護予防）通所介護、診療所以外の（介護予防）通所リハビリテーション』以外の場合

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事　業　所　名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇
サービスの種類	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
当該事業所における常勤の従業者が1週当たりに勤務すべき時間数	40　時間
間帯（通所リハビリテーションの場合のみ記入）	～　（　時間　）

「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の場合」は記載

事業開始予定月の勤務予定として作成してください。

（ 平成 29 年 9 月分）

『夜勤』時間帯については、色分けや網掛け等をしてください。

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週															第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備　考
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14									22	23	24	25	26	27	28				
		曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木									金	土	日	月	火	水	木				
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	160.0	40.0	1.00	花ユニットリーダー
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	C	〇〇　〇〇	×	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	×	8.0	8.0	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	8.0	8.0	×	8.0	4.0	4.0	100.0	25.0	0.63	
		小計	24.0	28.0	28.0	20.0	24.0	32.0	36.0	28.0	32.0	36.0	36.0	28.0	32.0	32.0	24.0	32.0	36.0	36.0	40.0	36.0	36.0	36.0	40.0	32.0	32.0	40.0	36.0	28.0	900.0	225.0	5.63	
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	月ユニットリーダー
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	A	〇〇　〇〇	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	160.0	40.0	1.00	
介護職員（特養）	C	〇〇　〇〇	×	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	80.0	20.0	0.50	
		小計	24.0	28.0	28.0	20.0	24.0	32.0	36.0	36.0	32.0	36.0	36.0	36.0	24.0	36.0	36.0	32.0	28.0	36.0	24.0	20.0	36.0	36.0	36.0	44.0	32.0	28.0	36.0	28.0	880.0	220.0	5.50	
合計			48.0	56.0	56.0	40.0	48.0	64.0	72.0	64.0	64.0	72.0	72.0	64.0	56.0	68.0	60.0	64.0	64.0	72.0	64.0	56.0	72.0	72.0	76.0	76.0	64.0	68.0	72.0	56.0	1780.0	445.0	11.13	

注1：「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。

注2：4週間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。

注3：職種ごとに小計を付けて分けること。

注4：実施単位ごとに作成すること。

注5：夜勤体制を記載する場合は、夜勤を網掛けする等わかるよう記載し、余白にその旨を記載してください。

担当者名	担当者
高齢　福子	介護サービス事 TEL　025-000- FAX　025-000-

ユニットリーダーの表示に加え、兼務状況等を記載す

様式第3号（その2）【新規指定（許可）申請、更新申請、変更届用】※『（介護予防）通所介護、診療所以外の（介護予防）通所リハビリテーション』以外の場合

記入例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事　業　所　名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇
サービスの種類	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
当該事業所における常勤の従業者が1週当たりに勤務すべき時間数	40　時間
間帯（通所リハビリテーションの場合のみ記入）	～　（　時間　）

「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の場合」は記載

事業開始予定月の勤務予定として作成してください。

（ 平成 29 年 9 月分）

『夜勤』時間帯については、色分けや網掛け等をしてください。

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週															第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備　考
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14									22	23	24	25	26	27	28				
		曜日	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木									金	土	日	月	火	水	木				
介護職員（特養）	B	〇〇　〇〇	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×		8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	160.0	40.0	1.00	雪ユニットリーダー ショートステイ兼務
介護職員（特養）	B	〇〇　〇〇	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	ショートステイ兼務
介護職員（特養）	B	〇〇　〇〇	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	ショートステイ兼務
介護職員（特養）	B	〇〇　〇〇	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	160.0	40.0	1.00	ショートステイ兼務
介護職員（特養）	B	〇〇　〇〇	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	160.0	40.0	1.00	ショートステイ兼務
介護職員（特養）	C	〇〇　〇〇	×	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	×	8.0	8.0	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	8.0	8.0	×	8.0	4.0	4.0	100.0	25.0	0.63	
		小計	24.0	28.0	28.0	20.0	24.0	32.0	36.0	28.0	32.0	36.0	36.0	28.0	32.0	32.0	24.0	32.0	36.0	36.0	40.0	36.0	36.0	36.0	40.0	32.0	32.0	40.0	36.0	28.0	900.0	225.0	5.63	
介護職員（ショート）	B	〇〇　〇〇	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	星ユニットリーダー 特養兼務
介護職員（ショート）	B	〇〇　〇〇	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	160.0	40.0	1.00	特養兼務
介護職員（ショート）	B	〇〇　〇〇	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	160.0	40.0	1.00	特養兼務
介護職員（ショート）	B	〇〇　〇〇	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	160.0	40.0	1.00	特養兼務
介護職員（ショート）	B	〇〇　〇〇	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	160.0	40.0	1.00	特養兼務
介護職員（ショート）	C	〇〇　〇〇	×	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	4.0	4.0	4.0	80.0	20.0	0.50	
		小計	24.0	28.0	28.0	20.0	24.0	32.0	36.0	36.0	32.0	36.0	36.0	36.0	24.0	36.0	36.0	32.0	28.0	36.0	24.0	20.0	36.0	36.0	36.0	44.0	32.0	28.0	36.0	28.0	880.0	220.0	5.50	
合計			48.0	56.0	56.0	40.0	48.0	64.0	72.0	64.0	64.0	72.0	72.0	64.0	56.0	68.0	60.0	64.0	64.0	72.0	64.0	56.0	72.0	72.0	76.0	76.0	64.0	68.0	72.0	56.0	1780.0	445.0	11.13	

注1：「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。

注2：4週間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。

注3：職種ごとに小計を付けて分けること。

注4：実施単位ごとに作成すること。

注5：夜勤体制を記載する場合は、夜勤を網掛けする等わかるよう記載し、余白にその旨を記載してください。

担当者名	担当者
高齢　福子	介護サービス事 TEL　025-000- FAX　025-000-

ユニットリーダーの表示に加え、兼務状況等を記載す