様式第3号（その1）【新規指定申請、変更届用】※通所介護、介護予防通所介護相当サービス、診療所以外の（介護予防）通所リハビリテーションの場合

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	
サービスの種類	通所介護、介護予防通所介護相当サービス、診療所以外の（介護予防）通所リハビリテーション
利用定員	人
サービス提供時間帯	～　（　　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。）

（　　年　　月分）（　　単位目　）

職種	勤務形態	氏名	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	29	30	31	備考
		曜日																																
合計																																		

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2：１月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：職種ごとに分けて記載すること。
注4：実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
	TEL FAX