別紙２－１（第４条関係）

長崎県訪問介護人材確保事業　事業計画書

１．申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護事業所名 |  | | |
| 所在地 | 〒　　　　－ | | |
| 代表者の職氏名 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |

２．採用者及び同行者

【採用者】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ）  採用者名 | 初任者研修修了年月日 | 採用年月日 |
|  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

【同行者】

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  同行者名 |  |
| （フリガナ）  同行者名 |  |

※行は必要に応じて追加すること。※他の職種から訪問介護員に職種を変更する場合、採用年月日欄には職種変更日を入れること。

３．同行訪問によるOJT研修の計画

|  |  |
| --- | --- |
| 同行訪問よるOJT研修の期間 | 年　　月　　日　～  　　　年　　月　　日 |
| 同行訪問よるOJT研修の回数 | 回 |

※複数名採用する場合には、全体の期間や、全員の合計回数を記載すること。