別紙５（第６条関係）

長崎県訪問介護人材確保事業　事業実績報告書

１．申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 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 | 採用年月日 |
|  | 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した場合、採用年月日欄には職種変更日を入れること。

３．訪問によるOJT研修の実績表

以下の表に採用者１人ずつの実績を記入してください。

また、次の事項を誓約します。

**（チェック欄：誓約の場合、チェック☑を入れてください）**

**□　訪問予定表について該当職員の業務記録と一致している。**

＜採用者名：　　　　　　　＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 日付 | 同行者名 | 訪問地区（○○市○○町） |
| 1 | 　　年　月　日 |  |  |
| 2 | 　　年　月　日 |  |  |
| 3 | 　　年　月　日 |  |  |
| 4 | 　　年　月　日 |  |  |
| 5 | 　　年　月　日 |  |  |
| 6 | 　　年　月　日 |  |  |
| 7 | 　　年　月　日 |  |  |
| 8 | 　　年　月　日 |  |  |
| 9 | 　　年　月　日 |  |  |
| 10 | 　　年　月　日 |  |  |
| 11 | 　　年　月　日 |  |  |
| 12 | 　　年　月　日 |  |  |
| 13 | 　　年　月　日 |  |  |
| 14 | 　　年　月　日 |  |  |
| 15 | 　　年　月　日 |  |  |
| 16 | 　　年　月　日 |  |  |
| 17 | 　　年　月　日 |  |  |
| 18 | 　　年　月　日 |  |  |
| 19 | 　　年　月　日 |  |  |
| 20 | 　　年　月　日 |  |  |
| 累計訪問回数 | 回 |

＜採用者名：　　　　　　　＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 日付 | 同行者名 | 訪問地区（○○市○○町） |
| 1 | 　　年　月　日 |  |  |
| 2 | 　　年　月　日 |  |  |
| 3 | 　　年　月　日 |  |  |
| 4 | 　　年　月　日 |  |  |
| 5 | 　　年　月　日 |  |  |
| 6 | 　　年　月　日 |  |  |
| 7 | 　　年　月　日 |  |  |
| 8 | 　　年　月　日 |  |  |
| 9 | 　　年　月　日 |  |  |
| 10 | 　　年　月　日 |  |  |
| 11 | 　　年　月　日 |  |  |
| 12 | 　　年　月　日 |  |  |
| 13 | 　　年　月　日 |  |  |
| 14 | 　　年　月　日 |  |  |
| 15 | 　　年　月　日 |  |  |
| 16 | 　　年　月　日 |  |  |
| 17 | 　　年　月　日 |  |  |
| 18 | 　　年　月　日 |  |  |
| 19 | 　　年　月　日 |  |  |
| 20 | 　　年　月　日 |  |  |
| 累計訪問回数 | 回 |

※行は必要に応じて追加すること。

※１日の間で複数回同行訪問によるOJT研修を実施した場合は、回数ごとに、行を分けて記入すること。