職　員　一　覧　表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 職　名 | 氏　名 | 年齢 | 勤続年数 | 勤務形態 | 資　格 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |  |

　注意

　　職員全員の履歴書の履歴書を添付してください。（既存のもので可。）

　　なお、施設長，医師，看護職員，生活相談員，栄養士，機能訓練指導員は資格証明書の写しも添付してください。（既存のもので可。）

　　介護職員は、ユニット毎に記載し、ユニットﾘｰﾀﾞｰを明記すること。また、ユニットﾘｰﾀﾞｰ研修を受講した者については、その研修履歴がわかる書面を添付してください。

職　員　一　覧　表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  記 入 例 | 職　名 | 氏　名 | 年齢 | 勤続年数 | 勤務形態 | 資　格 | 備考 |
|  | 施設長 |  |  |  | 常勤 | 施設長認定講習会終了 |  |
|  | 医師 |  |  |  | 嘱託 | 医師免許 |  |
|  | 生活相談員 |  |  |  | 常勤 | 社会福祉主事 |  |
|  | 看護師  兼機能訓練指導員 |  |  |  | 常勤 | 看護師免許  理学療法士 |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  | 非常勤 |  |  |
|  | Aユニット  (ユニットﾘｰﾀﾞｰ)介護職員 |  |  |  | 常勤 | ユニットﾘｰﾀﾞｰ研修受講済 |  |
|  | 介護職員 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | Bユニット  (ユニットﾘｰﾀﾞｰ)介護職員 |  |  |  |  |  |  |
|  | 介護職員 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  | 非常勤 |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 栄養士 |  |  |  | 常勤 | 管理栄養士 |  |
|  | 機能訓練指導員 |  |  |  |  | 理学療法士 |  |
|  | 介護支援専門員 |  |  |  | 常勤 |  |  |
|  | 事務員 |  |  |  | 常勤 |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 調理員 |  |  |  |  | 調理師 |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  |  |  |  |
|  | 〃 |  |  |  | 非常勤 |  |  |

　注意

　　職員全員の履歴書の履歴書を添付してください。（既存のもので可。）

　　なお、施設長，医師，看護職員，生活相談員，栄養士，機能訓練指導員は資格証明書の写しも添付してください。（既存のもので可。）

　　介護職員は、ユニット毎に記載し、ユニットﾘｰﾀﾞｰを明記すること。また、ユニットﾘｰﾀﾞｰ研修を受講した者については、その研修履歴がわかる書面を添付してください。