令和7年度人員関係報告書

（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）

|  |  |
| --- | --- |
| 以下のとおり報告します。  　　　年　　月　　日 | 法 人 名    代表者職名・氏名 |

**１　事業所番号、事業所の名称、連絡先等を正確に記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事  業  所 | 介護保険事業所番号 | | １ | ４ |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | － 　 － | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | －　 　 － | | |

**２　この報告書を記載する方のお名前を記載してください。原則管理者が記載してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記　 載 　者 | (職名) | (氏名) |

**３　貴事業所の指定及び更新予定年月日を記載してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定年月日 | 年　　　月　　　日 | 更新予定年月日 | 年　　　月　　　日 |

**４　6月の次の職種の人員状況（単位ごと）を記載してください。（6月中に変更があった場合は、変更後）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 基　準 | 貴事業所の状況 |
| 管理者 | 常勤専従  （ただし、当該事業所の管理に支障がない場合で、当該事業所の他の職務、又は同一事業者によって設置された他の事業所、施設等の職務との兼務可） | （○で囲ってください）  常勤専従・常勤兼務  非常勤専従・非常勤兼務 |
| ①生活相談員 | ・提供日ごとに、提供時間帯を通じて１人以上 | 常勤専従職員　　　　　人  常勤兼務職員　　　　　人  非常勤専従職員　　　　人  非常勤兼務職員　　　　人 |
| ②介護職員又は看護職員  ※生活相談員を除く | ・専ら介護を提供する職員１人以上及び単位毎、提供時間帯を通じて１人以上  ・生活相談員、看護職員又は介護職員のうち１人以上は常勤でなければならない。  ①と②の常勤職員数合計：（　　　　　）人 | 常勤専従職員　　　　　人  常勤兼務職員　　　　　人  非常勤専従職員　　　　人  非常勤兼務職員　　　　人 |
| ③機能訓練指導員 | ・単位毎、サービス提供日毎に１人以上 | 常勤専従職員　　　　　人  常勤兼務職員　　　　　人  非常勤専従職員　　　　人  非常勤兼務職員　　　　人 |

**※「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（6月分）」及び「利用者数一覧表」を添付してください。**（複数単位ある場合は、本紙を複写してご使用ください。）