

事業計画書

1 訪問看護ステーション及び開設者の名称、所在地、事業所番号等

訪問看護ステーションの名称			
訪問看護ステーション所在地			
開設者の名称			
開設者の所在地			
指定年月日	年 月 日	事業所番号	
事務担当部署・氏名・連絡先			
担当部署名		連絡先	電話
担当者名			FAX
			Eメール

(注) 組織体制が分かる書類を添付すること。

2 対象となる新任訪問看護職員

氏名	資格	就労開始日	同行訪問研修予定期間	雇用形態
		令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	

(注) 対象となる新任訪問看護職員の雇用契約書を添付すること。

3 同行訪問研修で指導を行う看護職員

氏名	資格	勤務期間	雇用形態	備考
		年		
		年		

4 補助所要額

(単位：円)

基準単価 (A)	同行訪問研修 予定期間 (月数) (B) (上限3月)	補助基準額 (C) = (A) × (B)	補助所要額 (Cの1/2) (千円未満切捨)
180,800			