別記第１号様式

令和７年度（２０２５年度）訪問看護サービス提供体制強化事業計画書

１　基本事項

|  |  |
| --- | --- |
| ①訪問看護ステーションの名称 |  |
| ②代表者職・氏名 |  |
| ③主たる事務所の  所在地 | （郵便番号　　　－　　　） |
| ④担当者氏名及び  連絡先 | TEL：　　　－(　　　)－  FAX：　　　－(　　　)－  E-mail: |

２　事業概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①事業所の体制  ※人員配置体制を小数点第1位まで記載 | 管理者氏名 | | |  | | | | 管理者職種 | | |  | | | |
| 従業者 | 職種 | 保健師 | | | 助産師 | | 看護師 | | 准看護師 | | | 理学療法士・  作業療法士・  言語聴覚士 | |
| 専従 | | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 非常勤 |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| ②訪問看護師の  常勤換算人数 | 年　　月　　日現在：　　人　(小数点第1位まで) | | | | | | | | | | | | | |
| ③新たに採用した訪問看護師の人数 | 年　　月　　日採用：　　人 | | | | | | | | | | | | | |
| ④新たに採用した訪問看護師が受講する研修  ※研修受講は必須 | 主催者：  研修名：  受講日：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日  旅　費：　　円  参加費：　　円 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤新たに採用した訪問看護師が使用するＩＣＴ機器  ※購入する場合のみ | 購入機器：  購入金額：　　円  使用目的： | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥訪問看護の提供状況  ※令和6年（2024年）4月1日～令和7年（2025年）3月31日の実績 | 利用者数  実人数：　　人  延べ人数：　　人  訪問回数（延べ）：　　回 | | | | | | | | | | | | | |