様式第２号

事業計画書

　　　　法人名

事業所名

１　事業実施期間

令和　　　年　　　月　　　日　から

令和　　　年　　　月　　　日　まで

２　同行を受ける職員の人数

　　　　　　人

３　同行を受ける職員の氏名・採用年月日及び同行訪問の予定回数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 職　員　名 | 採用年月日 | 同行支援開始時の訪問介護の従事月数 | 同行訪問の予定回数 |
| 1 |  | 令和　年　　月　　日 |  | 回 |
| 2 |  | 令和　年　　月　　日 |  | 回 |
| 3 |  | 令和　年　　月　　日 |  | 回 |
| 4 |  | 令和　年　　月　　日 |  | 回 |
| 5 |  | 令和　年　　月　　日 |  | 回 |
| 計 | 回 |

※事業所ごとの予定訪問回数の合計は最大30回までです。