

事業計画（実績）書

【1 基本的事項】

①法人又は保険医療機関の 名称	
②代表者の職氏名	
③主たる事務所の所在地	(郵便番号) (住 所)
④担当者氏名及び連絡先	(氏 名) (連 絡 先) 電 話： F A X： E-mail：

【2 訪問看護事業所の概要】

①新たに開設する事業所の 名称	
②新たに開設する事業所の 住所	
③新たに開設する事業所が サービス提供を予定する 地域（市町村・大字等を 記入）	
④新たに開設する事業所の 種類 ※ 右の1～3の中から0を付けてください。	1 訪問看護ステーション 2 みなし指定事業所 3 サテライト
⑤開設（予定）年月日	

⑥事業所の体制 (人員配置体制を記載)	管 理 者 氏 名						職 種			
	従 業 者	職 種	看 護 師		保 健 師		准看護師		PT・OT・ST	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤								
		非常勤								
⑦特定の施設の利用者へのサービス提供予定 ※ 右の1が「有」の場合は、2~4を記入してください。	1 提供予定の有無（有・無） 2 特定の施設の名称（複数ある場合はすべて記入） 3 在宅の利用者への提供予定割合 4 特定の施設の利用者への提供予定割合									
⑧地域の医師会等との連携協力の状況（予定を含む）										
⑨開設までのスケジュール										
⑩車両の購入を要する理由										

区 分	所要見込額（支出額）内訳		
	経 費	金 額	積 算 内 訳
	合 計		

※ 欄が足りない場合は欄を書き足すこと。