Henkilökunta

Palveluntuottaja:_____

Palveluntuottajan vastuuhenkilö ja koulutus:_____

Henkilökuntamitoitus (henkilökunta/asukas)_____

Nimi	Ammattinimike (Koulutus)	Tehtävänimike	Palvelusuhteen laatu	Koko/osa-aikaisuus	Työaika/ 3 viikkoa	Työsuhteen alkamisaika	Lääkehoitokoulutuksen viimeisin päivitys	Voimassa oleva lääkehoito lupa

Muutoksen henkilökunnan määrästä edellisenä vuonna:_____

_____

Päivämäärä_____ Allekirjoitus:_____

Nimen selvennys