

付表1 3別紙

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項 (2単位目以降)

事業所名												常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の人数(人)
単位別情報 (単位目)	従業者	理学療法士		①当該単位につき毎日従事する者										
		作業療法士		②①以外の者										
		言語聴覚士												
		看護師		③経験を有する看護師										
		准看護師		④③以外の看護師又は准看護師										
		介護職員												
		栄養職員												
	歯科職員													
	利用定員		人			専用の部屋等の面積					m ²			
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
送迎除くサービス提供時間		平日	～			土曜		～			日・祝	～		
		備考												
単位別情報 (単位目)	従業者	理学療法士		①当該単位につき毎日従事する者										
		作業療法士		②①以外の者										
		言語聴覚士												
		看護師		③経験を有する看護師										
		准看護師		④③以外の看護師又は准看護師										
		介護職員												
		栄養職員												
	歯科職員													
	利用定員		人			専用の部屋等の面積					m ²			
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
送迎除くサービス提供時間		平日	～			土曜		～			日・祝	～		
		備考												
単位別情報 (単位目)	従業者	理学療法士		①当該単位につき毎日従事する者										
		作業療法士		②①以外の者										
		言語聴覚士												
		看護師		③経験を有する看護師										
		准看護師		④③以外の看護師又は准看護師										
		介護職員												
		栄養職員												
	歯科職員													
	利用定員		人			専用の部屋等の面積					m ²			
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
送迎除くサービス提供時間		平日	～			土曜		～			日・祝	～		
		備考												

備考 1 本別紙は、2単位以上実施する場合に、付表13とあわせて使用すること。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。