

付表13

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

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
Email												
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)					
	氏名											
	生年月日											
	管理者代行者が選 任されている場合	医師			作業療法士			代行 者名	フリガナ			
理学療法士				専従の看護師			氏名					
事業所の種別(該 当に○)	病院			診療所(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 第111条第1項)								
	小規模診療所 (定員10人以下、同条第2項)			介護老人保健施 設			介護医療院					
上記事業所の種別が介護老人保健施設又は介護 医療院の場合			入所者数 (定員)		人		施設開設年月日	年 月 日				
実施単位数	単位											
医師数	常勤	人	一日当たりの総利用者数 (定員合計)	人		専用の部屋等の面積(合計)					m ²	
	非常勤	人										
単位別情報 (1単位目)	※2単位目以降は、別紙に記載し、添付すること。											
	従業者					常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の人数(人)				
		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	①当該単位につき毎日従事する者									
			②①以外の者									
		看護師 准看護師	③経験を有する看護師									
			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			
送迎を除くサ ービス提供時 間	平日	～				土曜	～		日・祝	～		
	備考											

備考 1 2単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。

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。