

介護老人保健施設の開設許可に係る記載事項（その1）

施設	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													
	他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入）													
	当該施設内での他の職種との兼務		職種											
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間											
通所リハビリテーションの実施の有無				有・無		短期入所療養介護の実施の有無				有・無				
入所者の予定数				人		一日当たりの通所総利用者予定数				人				
従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護師・准看護師		介護職員		理学療法士		作業療法士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)												
		非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)														
		言語聴覚士		支援相談員		介護支援専門員		栄養士		/				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
介護老人保健施設及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)												
		非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)														