

指定訪問リハビリテーション事業所・指定介護予防訪問リハビリテーション事業所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		F A X 番号			
		電子メールアドレス					
出張所等	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号		F A X 番号			
		電子メールアドレス					
当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文							
事業所の種別	1 病院						
	2 診療所						
	3 介護老人保健施設						
	4 介護医療院						
管理者	フリガナ 氏 名			住 所			
	生年月日						
利用者数（推定数）		人					
従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤（人）					
		非常勤（人）					
		※ 基準上の必要人数（人）					
※ 適合の可否							
主な 揭示 事項	営業日						
	営業時間						
	利用料		法定代理受領分				
			法定代理受領分以外				
	その他の費用						
通常の事業の実施地域							

- 備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。
 2 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 3 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。