

指定通所リハビリテーション事業所・指定介護予防通所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			FAX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 基準第111条第1項診療所・基準第117条第1項診療所								
	3 基準第111条第2項診療所・基準第117条第2項診療所								
	4 介護老人保健施設								
	5 介護医療院								
管理者	フリガナ 氏 名			住 所					
	生年月日								
	管理者代行者が選任されている場合			* 医師	* 理学療法士	* 作業療法士	* 専従の看護師		
				フリガナ 氏 名					
1日当たりの利用者数（推定数）		人							
従業者の職種・員数	医師		理学療法士、 作業療法士又は 言語聴覚士						
			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								
	看護職員							介護職員	
	経験看護師		その他の看護職員						
	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									
専用の部屋の面積				※基準上の必要数値		※適合の可否			
				㎡		㎡以上			
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） ① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :							
	利用定員	人（単位ごとの定員 ① 人 ② 人 ③ 人）							
	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 *印の欄は、該当する種別に○を記入すること。
 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。