

記載例

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	●●●●●●●●ツウショリハビリテーション					
	名称	●●●●●●通所リハビリテーション					
	所在地	(郵便番号 ●●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●					
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			第●●条 第●●項				
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	●●●●●●		住所	浜松市●●区●●町●●●●-●●		
	氏名	●●●●●●					
	生年月日	▲▲●●●●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					
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		●●●.●● m <sup>2</sup>		※基準上の必要数値	※適合の可否		
				m <sup>2</sup> 以上			
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日 ●曜日～●曜日（ただし、●～●は除く）					
	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	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額				
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額				
	その他の費用	食費●●円、おむつ代●●円 等					
通常の事業の実施地域	●●区、●●区（●●町、●●町）、●●区（●●町を除く）						

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
  - \*印の欄は、該当する種別に○を記入すること。
  - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

地区名、町名などを記入。  
（客観的にその区域が特定されるもの）  
※事業所から●●分以内などの記載は×