

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		介護職員						
			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。