

付表7 通所リハビリテーション・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 -) | | 都道 府県 | 市区 町村 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | (内線) | | FAX番号 | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| 事業所の種別 (1つに○) | | | 病院 | | | | | | | | | |
| | | | 基準第111条第1項診療所 | | | | | | | | | |
| | | | 同条第2項診療所 | | | | | | | | | |
| | | | 介護老人保健施設 | | | | | | | | | |
| | | | 介護医療院 | | | | | | | | | |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 医師 | | | | | | | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | | | | | | | | | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| ○設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | |
| 専用の部屋等の面積 | | | m ² | | 利用定員(同時利用) | | 人 | | | | | |
| サービス提供単位1 | ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | |
| | 従業者の職種・員数 | | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | | 看護職員 | | 介護職員 | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | ○設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | |
| | 営業日(該当に○) | | 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 祝日 | | |
| | | | その他(年末年始休日等) | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | | : ~ : | | | | | | | | | |
| | 曜日ごとに異なる場合記入 | 平日 | : ~ : | | | | | | | | | |
| 土曜日 | | : ~ : | | | | | | | | | | |
| 日曜日・祝日 | | : ~ : | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | : ~ : | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | |
| サービス提供単位2 | ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | |
| | 従業者の職種・員数 | | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | | 看護職員 | | 介護職員 | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | | |
| | ○設備に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | |
| | 営業日(該当に○) | | 日曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 祝日 | | |
| | | | その他(年末年始休日等) | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | | : ~ : | | | | | | | | | |
| | 曜日ごとに異なる場合記入 | 平日 | : ~ : | | | | | | | | | |
| 土曜日 | | : ~ : | | | | | | | | | | |
| 日曜日・祝日 | | : ~ : | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | : ~ : | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 従業者の員数については、総数を記載してください。
 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。
 4 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。