

(表)

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者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								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文							第 条第 項第 号									
管理者	フリガナ				住所・連絡先	(郵便番号 —)										
	氏名					電話番号				FAX番号						
	生年月日															
	管理者代行者が選任されている場合	医師			作業療法士			専従の看護師			代行者名	フリガナ				
	理学療法士			言語聴覚士						氏名						
事業所の種別 (該当に○)	病院				診療所(利用者の数が10人を超える場合)											
		診療所(利用者の数が10人以下の場合)			介護老人保健施設			介護医療院								
上記事業所の種別が介護老人保健施設又は介護医療院の場合				入所者数(定員)		人			施設開設年月日		年 月 日					
実施単位数		単位														
医師数	常勤	人		一日当たりの総利用者数(定員合計)				人		専用の部屋等の面積(合計)			㎡			
	非常勤	人														
※2 単位目以降は、別紙に記載し、添付すること。																
単位別情報 (1単位目)	従業者								常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の人数(人)					
		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	①当該単位につき毎日従事する者													
			②①以外の者													
		看護師 准看護師	③経験を有する看護師													
			④③以外の看護師又は准看護師													
		介護職員														
		栄養職員														
	歯科職員															
	利用定員		人			専用の部屋等の面積					㎡					
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
送迎を除くサービス提供時間		平日	～			土曜		～			日・祝	～				
		備考														
主な揭示事項	利用料	法定代理受領分			介護報酬告示上の額											
		法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額											
	その他の費用		運営規程に定めるとおり													
通常の事業実施地域	①		②			③			④			⑤				
	備考															

備考 1 2 単位以上実施する場合は、別紙に記載し、添付すること。
 2 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。(裏面に続く。)