

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（2単位目以降）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------|-------------------------|-----------------|---|---|---|-----------|---|---|-----|----------------|--|--|-------|--------|-------------|--|
| 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報 (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 | | | | m ² | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報 (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 | | | | m ² | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報 (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 | | | | m ² | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 1 本別紙は、2単位以上実施する場合に、付表7とあわせて使用すること。

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。