別紙

|  |
| --- |
| 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 | m2 | 　 |
| 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 | m2 | 　 |
| 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 | m2 | 　 |
| 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。 |