

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 -) 県 都市				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
	Email					
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		理学療法士	作業療法士	看護職員	介護職員	医師
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			㎡			
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)					
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。