

居宅 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	( - )										
	連絡先	TEL番号					FAX番号					
管理者	フリガナ											
	氏名	住所 ( - )										
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	管理者代行者が選任されている場合	医師			作業療法士			代行者名	フリガナ			
		理学療法士			専従の看護師				氏名			
	事業所種別(該当に○を記入)		病院	診療所	介護老人保健施設	介護医療院						
	従業者の職種・員数		医師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	介護職員				
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
専用の部屋等の面積		m <sup>2</sup>										
営業時間												
1 単 位 目	営業日(1単位目)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	送迎時間を除く1単位目のサービス提供時間											
	利用定員(1単位目)	人										
2 単 位 目	営業日(2単位目)	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考		
	送迎時間を除く2単位目のサービス提供時間											
	利用定員(2単位目)	人										
添付書類		別添のとおり										

- 備考 1 記入欄が不足する場合(3単位目以降がある等)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。