

付表4 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

記載例

事業所	フリガナ	ホウモンリハビリトキギケンチャウ			
	名称	訪問リハビリ栃木県庁			
	所在地	(郵便番号 320 - 8501) 栃木 県 宇都宮 郡 市 埴田1-1-20			
	連絡先	電話番号	028-623-3149	FAX 番号	028-623-3058
	Email	KaigohoKen@pref.tochigi.lg.jp			
事業所種別	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				
管理者	フリガナ	トキギ タロウ	住所	(郵便番号 320 - 9999)	
	氏名	栃木 太郎		宇都宮市埴田町999番地99	
	生年月日	昭和55年5月15日			
利用者の推定数	30人				
○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	言語聴覚士	医師	
常勤(人)	1	1	1		
非常勤(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 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第 71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。