

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

記載例

事業所	フリガナ	カイゴロウジンホケンシセツトチギケンチャウ				
	名称	介護老人保健施設栃木県庁				
	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				
管理者	フリガナ	トチギ 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				
事業所の種別 (1つに○)		病院				
		基準第137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)		1		1		
非常勤(人)				2	6	
○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			100 m ²			
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 9:00 ~ 16:00 ② : ~ : ③ : ~ :)					
利用定員	15 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。