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　　　―　　)京都府　　　　郡・市 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス |  |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住　所 | (郵便番号　　　―　　) |
| 氏名 | 　 |
| 管理者代行が選任されている場合 | 医師 | 　 | 作業療法士 | 　 | 代　行氏　名 | フリガナ |
| 理　学療法士 | 　 | 専従の看護師 | 　 | 氏名　 |
| 事業所の種別(1つに○印) | 病院 | 　 | 基準第111条第１項診療所 | 　 | 同条第２項診療所 | 　 |
| 実施単位数 | 単位 | 　 |
| 医師数 | 常勤 | 人 | １日当たりの総利用者推定数 | 人 |
| 非常勤 | 人 |
| 単位別従業者の職種・員数 | 員数(人) | ＊適合の可否 |
| 常　　勤 | 非常勤 |
| 理学療法士作業療法士 | ①当該単位につき毎日従事する者 | 　 | 　 | 　 |
| ②週1日以上従事する上記以外の者 | 　 | 　 | 　 |
| 看護職員 | ③経験看護師 | 　 | 　 | 　 |
| ④③以外の看護職員 | 　 | 　 | 　 |
| ⑤介護職員 | 　 | 　 | 　 |
| 専用の部屋等の面積 | ＊基準上の必要数値 | ＊適合の可否 |
| m2 | m2以上 | 　 |
| 主な掲示事項 | 利用店員 | 単位(①　　　人　②　　　人　③　　　人) |
| 営業日 | 単位ごとの営業日 |
| 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　：　～　：　) |
| 利用料 | 法定代理受領分(利用者負担分) |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | 　 |
| 添付書類 | 別記のとおり |

注　1　＊の付いている「基準上必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は、別に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。

3　「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4　従業者の員数については、総数を記載してください。

5　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。