付表7-2

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登録に係る記載事項

（介護老人保健施設）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ |  |
| 名　称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 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 |  |
| 施設開設年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 実施単位数 |  | 単位 |  |
| 一日当たり通所リハ総利用者 |  | 人 | 介護老人保健施設入所者数 |  | 人 |  |
| 専用の部屋等の面積（通所リハ利用者食堂を含む） |  | ㎡ | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| ㎡以上 |  |
| 従業者 |  | 医師 | 理学・作業療法士・言語聴覚士 | 支援相談員 | 単位別従業者 | 看護職員 | 介護職員 |
|  | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤(人) |  |  |  |  |  |  | 常勤(人) |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |  |  | 非常勤(人) |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数(人) |  |  |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |  |  | 基準上必要数 |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  | 適合の可否 |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| 備考（ｻｰﾋﾞｽ提供時間等） |  |
| 利用定員 | 人 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |  |
| 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 | 別添のとおり |

備考　　1　色塗りされている欄には、記入しないでください。

2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載する又は別紙に記載して添付してください。

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

4　本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表7-2別紙」に記載し添付してください。

付表7-2　（別紙）

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登録に係る記載事項

（介護老人保健施設：2単位目以降）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| ２単位目 | 単位別従業者 |  | 看護職員 | 介護職員 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤(人) |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |  |
| 適合の可否 |  |  |
| 主な提示事項 | 利用定員 |  | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| 備考（サービス提供時間等） |  |
| ３単位目 | 単位別従業者 |  | 看護職員 | 介護職員 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤(人) |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |  |
| 適合の可否 |  |  |
| 主な掲示事項 | 利用定員 |  | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| 備考（サービス提供時間等） |  |
| ４単位目 | 単位別従業者 |  | 看護職員 | 介護職員 |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤(人) |  |  |  |  |
| 非常勤(人) |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |  |
| 適合の可否 |  |  |
| 主な掲示事項 | 利用定員 |  | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日曜・祝日 |  | ～ |  |
| 備考（サービス提供時間等） |  |

備考　　1　色塗りされている欄には、記入しないでください。