付表第一号(四) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	(郵便番号　　－　　) 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
事業所種別		□病院　□診療所　□介護老人保健施設　□介護医療院			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号　　－　　)	
	氏　名				
	生年月日				
利用者の推定数		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		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常　勤(人)									
	非常勤(人)									
添付書類		別添のとおり								

(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を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	(郵便番号　　－　　) 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　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ので、本申請の必要はありません。
3　当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する従業者も含めて記載してください。

（参考） 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等に係る記載事項記入欄不足時の資料

（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を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

<table>
<tr><td rowspan="4">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">（郵便番号　　－　　）
都 道 府 県　　市 区 町 村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td>（内線）</td><td>FAX番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>