

(参考) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

サービス提供単位3	○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		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)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
			その他(年末年始休日等)										
	営業時間				:		~				:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日				:		~				:	
		土曜日				:		~				:	
日曜日・祝日				:		~				:			
サービス提供時間				:		~				:			
利用定員		人											
サービス提供単位4	○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		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)												
	非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)												
	○設備に関する基準の確認に必要な事項												
	営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日			
			その他(年末年始休日等)										
	営業時間				:		~				:		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日				:		~				:	
		土曜日				:		~				:	
日曜日・祝日				:		~				:			
サービス提供時間				:		~				:			
利用定員		人											