

記載例

訪問リハビリテーション事業所・指定介護予防訪問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	●●●●●●●●●●ホウモンリハビリテーション				
	名称	●●●●●●●●●●訪問リハビリテーション				
	所在地	(郵便番号 ●●●● - ●●●●) 浜松市●●区●●町●●●●-●●				
連絡先	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●	FAX番号	●●●●-●●●●-●●●●		
	電子メールアドレス	●●●●@●●●●.●●.●●				
出張所等	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
連絡先	電話番号				FAX番号	
	当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等の条文					
第●●条第●●項						
事業所の種別	1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 介護医療院					
	} いずれかに丸を付ける					
管理者	フリガナ	●●●●●●●●			住所	浜松市●●区●●●●-●●
	氏名	●●●●●●				
	生年月日	●●年●●月●●日				
利用者数（推定数） ●●人						
従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	専従	兼務	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						
主な揭示事項	営業日	●曜日～●曜日				
	営業時間	●●：●●～●●：●●				
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の負担割合に応じた額			
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額			
	その他の費用	通常の事業の実施地域外 片道●●kmあたり●●				
通常の事業の実施地域	浜松市●●区、●●区、●●区					

地区名、町名などを記入。
(客観的にその区域が特定されるもの)
※事業所から●●分以内などの記載は×

- 備考
- ※印の欄には、記入しないこと。
 - 出張所等がある場合は、「従業者の職種及び員数」欄には当該出張所等に勤務する従業者も含めて記載すること。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。