

介護医療院の許可に係る記載事項（その1）

受付番号	
------	--

施設	ふりがな												
	名称												
	所在地	(郵便番号 —)											
		県 郡 市 ----- -----											
連絡先	電話番号					FAX番号							
	メールアドレス												
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めている条例等						第 条第 項第 号							
管理者	ふりがな					住所	(郵便番号 —)						
	氏名												
	生年月日												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合は施設)		事業所等名称										
		兼務する職種及び勤務時間等											
通所リハビリテーションの実施の有無			有 ・ 無			短期入所療養介護の実施の有無			有 ・ 無				
入所者の予定数			人			一日当たりの通所総利用者予定数			人				
従業者の職種・員数		医 師		薬 剤 師		看 護 職 員		介 護 職 員		理学・作業療法士 言語聴覚士		栄 養 士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数		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)													
適合の可否													
		介護支援専門員											
		専従	兼務										
介護医療院及び通所リハビリテーション従事人数		常勤(人)											
		非常勤(人)											
基準上の必要人数(人)													
適合の可否													