

付表 4

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に係る記載事項

受付番号

事業所	ふりがな																
	名 称																
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>)															
		県				郡				市							
連絡先	電話番号	<input type="text"/>						FAX番号	<input type="text"/>								
	メールアドレス	<input type="text"/>															
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 <input type="text"/> 条 第 <input type="text"/> 項 第 <input type="text"/> 号			
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別														<input type="text"/>			
管理者	ふりがな	<input type="text"/>				住所	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>)										
	氏 名	<input type="text"/>															
	生年月日	<input type="text"/>															
従業者			医師		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	専従	兼務							
	常勤(人)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
非常勤(人)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>	<input type="text"/>	土曜	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>	日・祝	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>		
		備考	<input type="text"/>														
	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	<input type="text"/>																
通常の事業実施地域	①	<input type="text"/>			②	<input type="text"/>			③	<input type="text"/>			④	<input type="text"/>		⑤	<input type="text"/>
	備考	<input type="text"/>															
添付書類	別添のとおり																

- 備考
- 1 「受付番号」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か又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 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。