

付表 4

(表)

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者の指定に係る記載事項														
事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 — )												
	連絡先	電話番号					FAX番号							
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ある条例等の条文						第 条第 項第 号								
病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院の別(該当に○)		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・連絡先		(郵便番号 — )						
	氏名													
	生年月日					電話番号		FAX番号						
利用者の推定数		人 (前年度の平均値、新規の場合は予測される数を記入)												
従業員		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)													
非常勤(人)														
主な揭示事項	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	～				土曜	～		日・祝	～			
		備考												
	利用料	法定代理受領分						介護報酬告示上の額						
		法定代理受領分以外						介護報酬告示上の額						
その他の費用	運営規程に定めるとおり													
通常の事業実施地域	①			②			③			④			⑤	
	備考													

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。  
(裏面に続く。)