別紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項（２単位目以降） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 事業所名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 単位別情報(　　単位目) | 従業者 |  | | | | | | | | | | | | | | | 常勤(人) | | | 非常勤(人) | | | 常勤換算後の人数(人) | |
| 理学療法士  作業療法士  言語聴覚士 | | | ①当該単位につき毎日従事する者 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| ②①以外の者 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 看護師  准看護師 | | | ③経験を有する看護師 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| ④③以外の看護師又は准看護師 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 栄養職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 歯科職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 利用定員 | | | 人 | | | | | | 専用の部屋等の面積 | | | | | | | | m2 | | | |  | | |
| 営業日 | | | 日 | | 月 | | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | 平日 | | | ～ | | | | | | 土曜 | | ～ | | | | | | 日・祝 | | | ～ |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報(　　単位目) | 従業者 |  | | | | | | | | | | | | | | | 常勤(人) | | | 非常勤(人) | | | 常勤換算後の人数(人) | |
| 理学療法士  作業療法士  言語聴覚士 | | | ①当該単位につき毎日従事する者 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| ②①以外の者 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 看護師  准看護師 | | | ③経験を有する看護師 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| ④③以外の看護師又は准看護師 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 栄養職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 歯科職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 利用定員 | | | 人 | | | | | | 専用の部屋等の面積 | | | | | | | | m2 | | | |  | | |
| 営業日 | | | 日 | | 月 | | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | 平日 | | | ～ | | | | | | 土曜 | | ～ | | | | | | 日・祝 | | | ～ |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位別情報(　　単位目) | 従業者 |  | | | | | | | | | | | | | | | 常勤(人) | | | 非常勤(人) | | | 常勤換算後の人数(人) | |
| 理学療法士  作業療法士  言語聴覚士 | | | ①当該単位につき毎日従事する者 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| ②①以外の者 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 看護師  准看護師 | | | ③経験を有する看護師 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| ④③以外の看護師又は准看護師 | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 栄養職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 歯科職員 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| 利用定員 | | | 人 | | | | | | 専用の部屋等の面積 | | | | | | | | m2 | | | |  | | |
| 営業日 | | | 日 | | 月 | | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | |  | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 送迎を除くサービス提供時間 | | | 平日 | | | ～ | | | | | | 土曜 | | ～ | | | | | | 日・祝 | | | ～ |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考　１　本別紙は、２単位以上実施する場合に、付表７とあわせて使用すること。  　　　　２　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |