付表第一号（七） 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所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				

事業所の種別（1つに〇）		病院	
		診療所（下記のものを除く。）	
		診療所（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるもの）	
		介護老人保健施設	
		介護医療院	

〇人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	医師		
	専従	兼務	
常　勤（人）			
非常勤（人）			

〇設備に関する基準の確認に必要な事項

専用の部屋等の面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1

〇人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

〇設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に〇）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		: ～ :	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ～ :	
	土曜日	: ～ :	
	日曜日・祝日	: ～ :	
サービス提供時間		: ～ :	
利用定員		人	

サービス提供単位2

〇人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

〇設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に〇）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		: ～ :	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	: ～ :	
	土曜日	: ～ :	
	日曜日・祝日	: ～ :	
サービス提供時間		: ～ :	
利用定員		人	

添付書類	別添のとおり

備考
1　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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
2　事業所の種別について、事業所が診療所である場合は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第111条第1項の適用を受けるものを除き、「診療所（下記のものを除く。）」の欄に〇をつけてください。
3　従業者の員数については、サービス提供単位ごとの総数を記載してください。
4　病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第 72 条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。
5　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考） 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所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位3以降

サービス提供単位3

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		：　～　：	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：　～　：	
	土曜日	：　～　：	
	日曜日・祝日	：　～　：	
サービス提供時間		：　～　：	
利用定員		人	

サービス提供単位4

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		：　～　：	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：　～　：	
	土曜日	：　～　：	
	日曜日・祝日	：　～　：	
サービス提供時間		：　～　：	
利用定員		人	

サービス提供単位5

○人員に関する基準の確認に必要な事項

従業者の職種・員数	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		：　～　：	
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：　～　：	
	土曜日	：　～　：	
	日曜日・祝日	：　～　：	
サービス提供時間		：　～　：	
利用定員		人	