付表７別紙（介護老人保健施設）

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 |  |  |  |
| ② ①以外の者 |  |  |  |
| 看護師准看護師 | ③ 経験を有する看護師 |  |  |  |
| ④ ③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 | ㎡ |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送迎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 |  |  |  |
| ② ①以外の者 |  |  |  |
| 看護師准看護師 | ③ 経験を有する看護師 |  |  |  |
| ④ ③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 | ㎡ |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送迎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 |  |  |  |
| ② ①以外の者 |  |  |  |
| 看護師准看護師 | ③ 経験を有する看護師 |  |  |  |
| ④ ③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 | ㎡ |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送迎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。