付表１５の２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護老人保健施設の開設許可に係る記載事項（その２）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入) | カナ |  |
| 名称 |  |
| 設備基準上の数値記載項目等 | 療養室 | １室の最大定員 | 人 |  |
| 入所者1人あたり最小床面積 | ㎡ |
| 廊下 | 片廊下の幅 | ｍ |
| 中廊下の幅 | ｍ |
| 機能訓練室面積 | ㎡ |
| 食堂面積 | ㎡ |
| 主な掲示事項 | 入所定員 | 人 |  |
| 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 |  |
| 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝの状況 |
|  | 従業者の職種・員数 | 医師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 看護師・准看護師 | 介護職員 |  |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |  |  |
| 専用の部屋等の面積 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 実施単位数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位　 |
| 　　　　　営業日（単位毎の営業日を明示） |  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
| ① |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送迎を除くサービス提供時間(単位毎の実施時間を明示) | ① | 平 日 | ～ | 土 曜 | ～ | 日・祝 | ～ |
| ② | 平 日 | ～ | 土 曜 | ～ | 日・祝 | ～ |
| ③ | 平 日 | ～ | 土 曜 | ～ | 日・祝 | ～ |
| 時間延長体制 | ～ | ～ |
| 利用定員 | 　　　　　　　　人（単位ごとの定員①　　人、②　　人、③　　人） |
| 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 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 協力病院 | 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 名称 |  | 主な診療科名 |  |
| 名称 |  | 主な診療科名 |  |

備考　１　従業者の員数については、総数を記載すること。２　通所リハビリテーションを実施していない施設については、「一日当たりの通所総利用者の予定数」及び「通所リハビリテーションの状況欄」は、記載をする必要がないこと。３　「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力病院」の欄に併せて記載すること。４　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。 |