

付表 14

介護老人保健施設の許可に係る記載事項（その1）

受付番号	
------	--

施設	ふりがな												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -)											
		県 郡 市											
連絡先	電話番号					FAX番号							
	メールアドレス												
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いる条例等						第 条第 項第 号							
管理者	ふりがな					住所	(郵便番号 -)						
	氏名												
	生年月日												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合は施設)		事業所等名称										
			兼務する職種及び勤務時間等										
通所リハビリテーションの実施の有無			有・無			短期入所療養介護の実施の有無			有・無				
入所者の予定数		人				一日当たりの通所総利用者予定数		人					
従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		理学・作業療法士 言語聴覚士		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護老人保健施設及び通所 リハビリテーション従事人数		常勤(人)											
		非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
適合の可否													
		支援相談員		介護支援専門員									
		専従	兼務	専従	兼務								
介護老人保健施設及び通所 リハビリテーション従事人数		常勤(人)											
		非常勤(人)											
基準上の必要人数(人)													
適合の可否													