

別紙4

() 訪問リハビリテーション
 () 介護予防訪問リハビリテーション に係る記載事項

事業所の病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の別												
管理者	(フリガナ)											
	氏名	(フリガナ)										
	生年月日	住所										
郵便番号 ()												
事業開始時の利用者の推定数 人												
従業者	区分	理学療法士			作業療法士			言語聴覚士			/	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
	常勤 (人)											
	非常勤 (人)											
主な 揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日		
	営業時間	平日	～			土曜	～			日曜日・祝日	～	
		備考										
	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 の 実施 地 域	①	②			③			④			⑤	
	備考											