

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)	-----						(フリガナ)	郵便番号 ()			
	氏名							住所				
	生年月日											
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											