

52 介護老人保健施設

更新に係る申出事項

介護保険 事業者番号		0	2								事業所名	
管理者	(フリガ) 氏名							生 年 月 日	明大 昭平	年 月 日	役 職 名	
	(フリガ) 住所	〒										
	連絡先	電 話 番 号			FAX 番号							
	兼務の 有 無	同一事業所内		なし		あり		兼務職種				
		同一敷地内 他事業所等		なし		あり		事業所名				
						兼務職種						
						勤務時間						
入 所 者 数								人				
短期入所療養介護の有無		なし		あり		通所リハビリテーションの有無(注3)			なし		あり	
ユニット体制		全部ユニット型			一部ユニット型			ユニットなし				
従業者	区分	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	非 常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	常勤換算	人		人		人		人		人		
	区分	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		支援相談員		介護支援専門員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	非 常 勤	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	常勤換算	人		人		人		人		人		
施設を共用する 事業所等の名称	カ ナ											
設 備	区分											
	療養室	1室の最大定員		人								
		入所者1人あたり最小床面		m ²								
	機能訓練室面積	m ²										
	廊 下	片廊下の幅		m								
		中廊下の幅		m								
その他 (揭示事項等)	入所定員		人									
	利用料等	法定代理受領分(一割負担分)										
		法定代理受領分以外										
		その他の費用										
	協力医療機関	名 称						主な診療科名				
		名 称						主な診療科名				
名 称						主な診療科名						

<注> 1 印欄には、記入しないでください。2 印のある項目については、該当するものをチェックして下さい。
3 「通所リハビリテーションあり」の場合は、別紙(通所リハビリテーション状況)も記入・提出して下さい。

