**付表17　介護医療院の許可に係る記載事項（その１）**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）　　　　　県　　　郡市 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　　条第　　　項第　　　号 |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 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（兼務の場合記入） | 名称 |  |
| 兼務する職種 |  |
|  |
| 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 | （Ｉ型）　　人　（Ⅱ型） 　　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 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 介護医療院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 |  |  |  |  |
|  | 理学･作業療法士 | 栄養士 | 介護支援専門員 | 診療放射線技師 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 介護医療院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 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 介護医療院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 |  |  |  |  |