付表１７－３　　　介護医療院の許可に係る記載事項（ユニット型）（その１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
|
| 　　施　　　　　　設 |   |  |
|   |  |
|   | （郵便番号　　　－　　　）　　　　　　　県　　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
|  | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 　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(兼務の場合はのみ記入) | 　ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 　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 |
| 入居者の予定数 |  　　 人 | １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 | 理学療法士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 |  |  |  |  |  |  |
|  | 介護支援専門員 |  |
| 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) |  |  |
| 基準上の必要人数(人) |  |
| 適合の可否 |  |