

別紙：指定訪問リハビリテーション事業所について

事業所名：

介護保険事業所番号：

記入担当者氏名：

電話番号(職場)：

1 令和3年8月1日現在の職員数等

管理者氏名：\_\_\_\_\_ 常勤専従 常勤兼務 (どちらかに○をつけてください。)

	医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		計	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤										
非常勤										

・当該事業所で常勤の従業者が週に勤務すべき時間数： \_\_\_\_\_ 時間

※8月分の勤務割を添付してください。

既存のもので(実績でなく予定のもので)かまいませんが、職種、氏名、勤務時間がわかるものとしてください。なお、他の事業所の職員も含まれた勤務割の場合は、誰が訪問リハビリテーション事業所の職員か区別がつくようにし、その人数は上記と同じになるようにしてください。

【職員数記入にあたっての留意事項】

- ① 管理者と理学療法士等を兼務している場合は、「兼務」の欄にカウントしてください。
- ② 他の事業所(居宅介護支援事業所等)の業務に従事している場合、その職員については「非常勤・専従」の欄に記入することとし、記入する数値はその従事割合ではなく、実人数としてください。(0.8人や1.5人と記入するのではなく、1人、2人と記入してください。)