

別紙：短期入所療養介護事業所について

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 短期入所利用定員： _____人

2 令和5年8月1日現在の職員数等

(1) 管理者氏名： _____

	医 師		看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士等	
	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										

※作業療法士、精神保健福祉士等は老人性認知症疾患療養病棟を有する病院のみ記入してください。

※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、誰が短期入所療養介護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数字になるようにしてください。