＜別紙１＞

通所リハビリテーション用

通所リハビリテーション提出資料

記 入 日（　令和　　年　　月　　日　）

事業所名（　　　　　　　　　　　　 ）

サービス（　通所リハビリテーション　）

記入者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

○職員数の状況（指導予定前月実績の実人数を記入して下さい）※事業所全体数を記入

１日あたりの常勤職員の勤務時間数（　　　　時間　）

・理学療法士（　　　　名）

・作業療法士（　　　　名）

・言語聴覚士（　　　　名）

・介護職員（　　　　名）

・看護師若しくは准看護師（　　　名：内、准看護師　　　名　）

・機能訓練指導員（　　　名　）

○利用者数等の状況

・定員数　（　　　名　）

・利用者数（　　　名　）

※添付資料

①別紙A　従業員情報一覧表

②別紙B　体制状況一覧

┗　様式は香芝市公式ホームページからもダウンロードできます。

　（https://www.city.kashiba.lg.jp/soshiki/22/29755.html）