

(その2) (訪問リハビリテーション事業・介護予防訪問リハビリテーション事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

※受付番号 <input style="width: 150px;" type="text"/>																
事業所の一部として使用される事務所	フリガナ															
	名称															
	所在地		(郵便番号 -)													
			(ビルの名称等)													
直通連絡先		直通電話番号					F A X 番号									
		E - m a i l														
事業所の一部として使用される事務所のサービス提供に当たる従業員の職種及び員数			理学療法士			作業療法士			言語聴覚士			医師				
			専 従 兼 務			専 従 兼 務			専 従 兼 務			専 従 兼 務				
			常 勤 (人)													
非 常 勤 (人)																
主 な 掲 示 事 項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休 日					
	営業時間		平日			時 分から 時 分まで			土曜		時 分から 時 分まで		日曜又は祝日		時 分から 時 分まで	
			(備考)													
	利用料		法定代理受領分													
法定代理受領分以外																
その他の費用																
通常の事業の実施地域		①			②			③			④			⑤		
		(備考)														

注1 ※印の欄は、記入しないこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。