様式8

理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出区分  （該当するものに○） | | | | （　　）理学療法Ⅰ  （　　）作業療法  （　　）言語聴覚療法 | | | | |
| 従事者数 | 医師 | 常勤 | 専任 | 名 | | 非常勤 | 専任 | 名 |
| 非専任 | 名 | | 非専任 | 名 |
| 理学療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | | 非常勤 | 専従 | 名 |
| 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| 作業療法士 | 常勤 | 専従 | 名 | | 非常勤 | 専従 | 名 |
| 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| 言語聴覚士 | 常勤 | 専従 | 名 | | 非常勤 | 専従 | 名 |
| 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| 経験を有する従事者 | 常勤 | 専従 | 名 | | 非常勤 | 専従 | 名 |
| 非専従 | 名 | | 非専従 | 名 |
| 専用施設の面積 | | 理　学　療　法 Ⅰ | | | 平方メートル | | | |
| 作　業　療　法 | | | 平方メートル | | | |
| 言語聴覚療法 | | | 平方メートル | | | |
| 当該理学療法・作業療法・言語聴覚療法を行うための器械・器具の一覧 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

言語聴覚療法の専用の個別療法室が複数ある場合については、最も広い部屋の面積を記入のこと。