

(別添)

訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。
手続き中等の事情があり、やむを得ず添付できない場合は、提出予定日をご記載ください。

	添付書類	参考様式	提出前チェック
1	登記事項証明書又は条例等 (法人代表者の住所がわかるもの)		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (勤務シフト表)	参考様式1	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
2-1	従業員の雇用契約書または辞令等雇用を証明するもの		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
2-2	従業員の資格証の写し		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
2	病院・診療所の使用許可証等の写し		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
3	平面図	参考様式2	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
4	運営規程		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式4	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定
6	誓約書	参考様式6	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> (年 月 日)頃提出予定

備考

2「病院・診療所の使用許可証等の写し」は、病院・診療所において行う場合添付してください。

提出者(問合せ先)

※提出書類について、お尋ねさせていただく場合の連絡先となります。

事業所名	
担当者名	
電 話	
メールアドレス	