

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○)			<input type="checkbox"/> 理学療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅱ <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 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			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。