

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 ☐ 理学療法Ⅱ ☐ 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		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。