

サテライト型小規模介護老人保健施設		ない / ある (ある場合は所在地等を記載してください。)			
施設名称					
(ふりがな) 施設所在地		〒			
TEL :		-		FAX :	
-		-		-	
本体施設からの距離		km / 所要時間		分	
分館型介護老人保健施設		ない / ある (ある場合は所在地等を記載してください。)			
施設名称					
(ふりがな) 施設所在地		〒			
TEL :		-		FAX :	
-		-		-	
本体施設からの距離		km / 所要時間		分	
定床数	本体施設	床(うち認知症専門棟 床)			合計 床
	サテライト型	床			
	分館型	床			
通所リハビリテーション定員数		人		訪問リハビリテーションの実施	有 ・ 無
(ふりがな) 開設者氏名		役職		職種	() * 医師の場合は専門科目
(ふりがな) 施設長氏名		職種		専習	* 医師の場合のみ
(ふりがな) 管理者氏名		職種		高習	* 医師の場合のみ
(ふりがな) 事務担当者氏名		役職		職種	() * 医師の場合は専門科目
設置形態	1. 独立 2. 病院併設 3. 診療所併設 4. 介護老人福祉施設併設 5. 病院・介護老人福祉施設併設 6. 診療所・介護老人福祉施設併設 7. その他の施設との併設				
	病院	(名称)	(診療科目)		
	診療所	(名称)	(診療科目)		
	介護老人福祉施設	(名称)	その他	(名称)	
その他	国庫補助の有無	有 (____年度) ・ 無			
	病床転換型老健	病床転換型である (____年度実施) 【療養型老健 ・ 従来型老健】 ・ 病床転換型でない			
	新築・改築の別及び建物の階数	1. 新築 2. 一部新・改築(新床・改床) ____階建 *高層化・複合型の場合____階部分			
施設として特筆できる事項					
備考 (サテライト型小規模介護老人保健施設が2以上ある場合等はここに付記してください。)					