様式第１号の２

地域密着リハビリテーションセンター指定申請書

年　　月　　日

熊本県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等開設者所在地

　　　　　　　　　　　 　　　医療機関等開設者氏名

　地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第３に基づき、○○地域密着リハビリテーションセンターとして指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | |  |
| 所在地 | | 〒 |
| 担当を希望する地域 | |  |
| 地域リハビリテーションに関するこれまでの活動実績 | | ※別紙添付 |
| 配置状況  （常勤換算） | 医師 | 人 |
| 理学療法士 | 人 |
| 作業療法士 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 |
| 担当医師名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 担当者 | （職種）　　　　　　　　（氏名） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |