施設認定に関する申請書・施設に関する基本情報

年　　月　　日

フリガナ 医療機関名		
所在地　　〒		
最寄りの交通機関		
患者の住居地域		
患者の利用する交通機関		
電話番号　　－　　－		FAX 番号　　－　　－
URL　　http://		
施設長名 E-mail :		施設管理者名 E-mail :
診療報酬上のリワークプログラム実施方法（複数回答可） □デイケア　□ショートケア　□ナイトケア　□デイナイトケア □ 精神科作業療法　□通院集団精神療法　□自由診療 □ その他（　　）		
デイケアの規模	大規模　・　小規模	
健康保険適用	適用　・　自費　・　その他	
開始時期　　年　　月より開始		1 日の平均利用者数　　名
プログラム開催日（○をつける） 月・火・水・木・金・土・日		プログラム開催時刻 時　分~　時　分、　時　分~　時　分
施設の専用度 （○をつける）	リワーク対象者専用　・　多目的参加者との混在利用	
勤労状況の条件 （○をつける）	休職者　・　失職者　・　復職者　・　条件なし	
主治医の条件 （○をつける）	主治医変更必須・原則変更例外有り・患者の意思・条件なし	

事務局より受理した旨の連絡をします。連絡先が上記施設代表者・管理者と異なる場合は記入してください。

連絡担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 e-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿