

滋賀県のリハビリテーションを推進する医師の会
リハビリテーションに係る地域資源調査票
(訪問リハビリテーション事業所用)

事業所名 : _____

記載者名 : _____ (詳細確認を目的に連絡をさせて頂く場合があります。)

設問1 貴事業所の営業時間についてお聞かせ下さい。

(曜日)

(AM・PM) ~ (AM・PM) : 月・火・水・木・金・土・日
(AM・PM) ~ (AM・PM) : 月・火・水・木・金・土・日
(AM・PM) ~ (AM・PM) : 月・火・水・木・金・土・日

設問2 貴事業所の休業日をお聞かせ下さい。

- ① 月 ② 火 ③ 水 ④ 木 ⑤ 金 ⑥ 土 ⑦ 日
⑧ 祝日 ⑨ 不定休 ⑩ 無休 ⑪ お盆 (~)
⑫ 正月 (~) ⑬ その他 (~)

設問3 貴事業所におけるリハビリテーションに係る専門職の配置状況についてお聞かせ下さい。

理学療法士	人
作業療法士	人
言語聴覚士	人

設問4 対象とするエリアについて記載下さい。

(_____)

設問5 貴事業所のアピールポイントについて記載下さい。

(_____)

(貴事業所について)

●事業所住所 : _____

●事業所連絡先 : (TEL) _____

(FAX) _____

●事業所URL : _____

※ 上記の内容は、了解を得られた事業所について、当会ホームページで公開を予定しています。
つきましては、了解いただける事業所について、その事業所の代表者の方の役職名。署名および捺印をお願い致します。

(役職名) _____ (署名) _____ 印

FAX(077-582-5726)にて返送下さい!