施設認定に関する申請書・施設に関する基本情報

年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 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（　　）	
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（〇をつける） 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 （〇をつける）	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 （〇をつける）	休職者 ・ 失職者 ・ 復職者 ・ 条件なし
主治医の条件 （〇をつける）	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 :