様式第１号

富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター

指 定 申 請 書

　　　　　年　 月　 日

富山県知事　　　　　　　　 様

医療機関開設者所在地

開設者氏名　　　　　　　　　　印

富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター及び富山県地域リハビリテーション協力機関の指定及び運営要項第３に基づき、地域リハビリテーション地域包括ケアサポート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

医療機関名

所在地　　　　〒

希望担当地域

施設基準等に基づき

東海北陸厚生局に届出ている

リハビリテーションの種類

　　介護予防・重度化防止に向けたこれまでの取組み

派遣可能なリハビリ専門職の人数、内訳 　※別紙記載

　　連絡調整担当者氏名、連絡先

様式第1号の２

富山県地域リハビリテーション協力機関

指 定 申 請 書

　　　　年　 月　 日

富山県知事　　　　 　　様

　　　施設等開設者所在地

開設者氏名　　　　　　　　　　　印

富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター及び富山県地域リハビリテーション協力機関の指定及び運営要項第３に基づき、富山県地域リハビリテーション協力機関として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

名称

所在地　〒

協力可能な主な地域(市町村・地区)

派遣可能なリハビリ専門職の人数、内訳（氏名、経験年数）

　　　　　理学療法士　　　人

作業療法士　　　人

言語聴覚士　　　人

連絡担当者　　職種　　　　　　　　　　氏名

連絡先　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式第２号

富山県指令高第　号

 (施設等開設者所在地)

（開設者）

富山県地域リハビリテーションセンター地域包括ケアサポートセンター

の指定について

指定申請のあった富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンターについては、富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター及び富山県地域リハビリテーション協力機関の指定及び運営要項第４の規定により、下記のとおり富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンターとして指定します。

　　　　年 　月 　日

富山県知事　　　　　　　 印

記

１　指定名称

２　所 在 地

３　担当地域

４　指定期間

　　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

様式第２号の２

富山県指令高第　号

 (施設等開設者所在地)

（開設者）

富山県地域リハビリテーションセンター協力機関の指定について

指定申請のあった富山県地域リハビリテーション協力機関については、富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター及び富山県地域リハビリテーション協力機関の指定及び運営要項第４の規定により、下記のとおり富山県地域リハビリテーション協力機関として指定します。

　　　　　　年 　月 　日

富山県知事　　　　　　 印

記

１　指定名称

２　所 在 地

３　担当地域

４　指定期間

　　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

様式第３号

富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター

富山県地域リハビリテーション協力機関

申 請 事 項 変 更 届

　　　　年 　月　 日

富山県知事 　　　　　　　　様

　　　指定名称

開設者氏名　　　　　　　　　　　　印

年 月 日付　高第 　号により指定を受けた富山県地域リハビリテーショ地域包括ケアサポートセンター又は富山県地域リハビリテーション協力機関については、申請事項に変更が生じましたので、富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター及び富山県地域リハビリテーション協力機関の指定及び運営要項第５に基づき、下記のとおり届出します。

記

指定種別　　地域包括ケアサポートセンター　　・　　協力機関

変更事項

変更内容　　変更前：

　　　　　　変更後：

変更年月日

その他

様式第４号

富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター

富山県地域リハビリテーション協力機関

辞　退　届

　　年　 月　 日

富山県知事　　　　　　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定名称

 開設者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　年 月 日付高第 号により指定を受けた富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター又は富山県地域リハビリテーション協力機関については、指定を辞退したいので、富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター及び富山県地域リハビリテーション協力機関の指定及び運営要項第６に基づき下記により届出します。

記

　指定種別　　　地域包括ケアサポートセンター　　・　　協力機関

　辞退年月日　　年 　月　 日

　辞退理由

　担当者　　（職種） （氏名）

　連絡先　　　電話番号　　　　　　　FAX番号

　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式第５号

富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター

富山県地域リハビリテーション協力機関

指 定 取 消 書

　 高　　　第 　 　　号

　　　　年　 月　 日

（指定名称）　　 様

富山県知事 印

　　　年 月 日付高第 号により指定した富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター又は富山県地域リハビリテーション協力機関については、富山県地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンターおよび富山県地域リハビリテーション協力機関の指定及び運営要項第６に基づき、下記により取り消します。

記

 指定種別　　　地域包括ケアサポートセンター　　・　　協力機関

 指定取消年月日 年 月 日

 取消理由