別紙様式６－２

**理学療法士等研修事業計画書②**

**（指導的理学療法士等の派遣の受入）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | |
| 連絡先 | （担当者）[所属] [氏名]  （電　話） （E-mail） | | | | | | |
| 派遣先  病院 | 病院名 | | |  | | | |
| 住　所 | | |  | | | |
| 病棟名 | | | ［病棟名］　　　　病棟(基本入院料・特定入院料を記載　) | | | |
| 病院内における理学療法士等 | 理学療法士等人数 | | | | | うち臨床経験10年以上 | |
| 理学療法士　　　　　　　　　　名 | | | | | 名 | |
| 作業療法士　　　　　　　　　　名 | | | | | 名 | |
| 言語聴覚士　　　　　　　　　　名 | | | | | 名 | |
| 計　　　　　　　　　　　　名 | | | | | 名 | |
| 派遣元の病院名  及び  派遣職員氏名等 | 病院名 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 病棟名 | ［病棟名］　　　　病棟(基本入院料・特定入院料を記載　) | | | | | |
| 氏　　名 | | 職　　種 | | 臨床経験年数（10年以上） | | 派遣期間（１２月上限） |
|  | |  | |  | |  |
| 回復期リハビリテーション機能を充実されるための活動予定の内容（具体的に） |  | | | | | | |

※別紙様式８も作成すること。