

様式 2

準会員入会申込書

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会会長 殿

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会に入会を申し込みます。

なお、開設許可を受けた日から1ヶ月以内に正会員への変更手続を行います。

平成 年 月 日

(ふりがな)

設置主体名称

*社会福祉法人の場合の事業種別 (1. 第2種社会福祉事業 2. 公益事業)

(ふりがな)

入会希望者氏名

⑩

会 員 役 職	会 員 職 種	()
	(医師の場合は専門科目)	
(ふりがな) 設置主体所在地	〒 —	
	TEL: — — FAX: — —	
	ホームページ URL: 全老健HPとのリンクを希望する・しない	
	E-MAILアドレス: 全老健メールマガジンの配信を希望する・しない	
(ふりがな) 運営主体名称	*設置主体と運営主体が別の場合、記入して下さい。	
(ふりがな) 運営主体所在地	〒 —	
	TEL: — — FAX: — —	
(ふりがな) 開設準備室所在地	〒 —	
	TEL: — — FAX: — —	
(ふりがな) 介護老人保健施設仮称		
(ふりがな) 介護老人保健施設 建設予定地	〒 —	
	TEL: — — FAX: — —	
資料送付先希望	設置主体 ・ 運営主体 ・ 開設準備室	
開設予定日	年 月 日	

*1 必要事項を記入捺印の上、岩手県協会事務局あて送付して下さい。

*2 法人概要を同封して下さい。

*3 裏面にも記入して下さい。

定員等	定床数: 床 (うち認知症専門棟: 床) 通所リハビリテーション: 人 通所介護: 人			
	1人部屋: 床 (円/日) 2人部屋: 床 (円/日) 人部屋: 床 (円/日)			
(ふりがな)	開設者氏名	役職	職種	() * 医師の場合は専門科目
(ふりがな)	施設長氏名	職種	専門科目	* 医師の場合のみ
(ふりがな)	管理者氏名	職種	専門科目	* 医師の場合のみ
(ふりがな)	事務担当者氏名	役職	職種	() * 医師の場合は専門科目
設置形態	1. 独立 2. 病院併設 3. 診療所併設 4. 介護老人福祉施設併設 5. 病院・介護老人福祉施設併設 6. 診療所・介護老人福祉施設併設 7. その他の施設との併設			
	病院	(名称)	(診療科目)	
	診療所	(名称)	(診療科目)	
	介護老人福祉施設	(名称)	その他	(名称)
て老 いに 併 設 し	在宅介護支援センター	(名称)	訪問看護ステーション	(名称)
	居宅介護支援事業所	(名称)	グループホーム	(名称)
	ケアハウス	(名称)	有料老人ホーム	(名称)
併 設 施 設 で 実 施 し て い る	訪問介護	(提供施設)	訪問入浴介護	(提供施設)
	訪問リハビリテーション	(提供施設) *老健除く	居宅療養管理指導	(提供施設)
	通所介護	(提供施設) *老健除く	通所リハビリテーション	(提供施設) *老健除く
	短期入所生活介護	(提供施設)	短期入所療養介護	(提供施設) *老健除く
	福祉用具貸与	(提供施設)	その他	(提供施設)
い老 健で 実 施 し て	個別リハビリテーション	予 定 ・ 予定なし	訪問リハビリテーション	予 定 ・ 予定なし
	ユニットケア	予 定 ・ 予定なし	リハ強化加算	予 定 ・ 予定なし
	入浴回数	_____ 回/週	ケアプラン手法	
他	国庫補助の有無	有 (____年度) ・ 無	新築・改築の別及び建物の階数	1. 新築 2. 一部新・改築 (新床・改床) ____階建 *高層化・複合型の場合____階部分
	病床転換型老健	病床転換型である ・ 病床転換型でない		
協 力 医 療 機 関	名称			
	所在地	〒 _____ TEL: _____ FAX: _____		
	診療科目			
	名称			
	所在地	〒 _____ TEL: _____ FAX: _____		
	診療科目			
施設として特筆出来る事項				