

## 正会員入会申込書（2）

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会会長 殿

介護老人保健施設の開設許可を受けたので、一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会  
準会員を退会し、正会員に入会を申し込みます。

年 月 日

（ふりがな）

介護老人保健施設名称

（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）	（ ）
上記の者を当施設の入会希望者（正会員）として指定します。 施設開設者 役職・氏名 <span style="float: right;">⑩</span> <b>【理由】</b> （開設者及び管理者以外の方を正会員とする場合のみ記名・捺印、理由をご記入下さい）			
（ふりがな） 施設所在地	〒 — —		
	TEL: — — FAX: — —		
	交通機関 線 駅より（所要時間） 分		
	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） 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） 設置主体所在地	〒 — —		
	TEL: — — FAX: — —		
（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: — —		
この申込書が受理された日をもって、準会員を退会します。 退会者氏名 <span style="float: right;">印</span>			
開設許可日	年 月 日	開設日	年 月 日

\*1 この様式は、老人保健施設開設前に準会員であった者が、開設許可後正会員として入会する際に使用するものです。

\*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 施設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)
老健に併設し	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)
併設施設で実際に提供している	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)
老健で実施している	個別リハビリテーション	実施・未実施	訪問リハビリテーション	実施・未実施
	ユニットケア	実施・未実施	リハ強化加算	有・無
	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				