様式第１

正会員入会申込書

京都府慢性期医療協会会長殿

京都府慢性期医療協会正会員に入会を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ふりがな

設置主体

ふりがな

施設名

職名

ふりがな

開設者氏名

職名

ふりがな

会員申込者氏名

職名

ふりがな

連絡担当者氏名

〒

住所

　　　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　－

ＴＥＬ

　　　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　－

ＦＡＸ

　　明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　（西暦　　　　　）年　　　月　　　日

開院年月日

（裏面にもご記入ください）

〔設置概要〕

診療科目

（ 以下にご記入ください ）

病床数又はﾍﾞｯﾄﾞ数

全病床（またはベッド）数　　　　　　　床（病院の場合は以下の内訳も記入）

施設基準

介護療養型医療施設

内訳

病棟数

1.一般（　　）床　2.療養（　　）床　3.精神（　　）床　4.結核（　　）床

（　　　　　　　）病棟

　１．有　　　　２．無

　　　　　〔施設サービス費〕　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

　　　　　〔指定病床数〕　（　　　　）床

介護療養型

病床

老人性認知症疾患療養病棟

介護療養型病床以外の

療養病棟

　１．有　　　　２．無

 〔施設サービス費〕　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ

　　　　　〔指定病床数〕　（　　　　　）床

　１．有　　　　２．無

　　　　　〔対象病床数〕　（　　　　　）床

　　　　　〔移行予定時期〕平成　　　年　　　月頃

　１．有　　　　２．無

　　　　　　　　　　　　　　Ⅰ・Ⅱ・回復期リハ

　　　　　〔入　　基〕　　　特別入基

　　　　　〔承認病床数〕　（　　　　　）床

Ⅰ　・　Ⅱ　型　　（　　　　）床

介護医療院

理学療法

施設基準（　　）類

作業療法

　施設基準（　　）類

その他の施設基準

〔関連施設がある場合は施設名を下記にご記入又は任意の用紙をご提出下さい。〕

１．介護老人保健施設

２．介護老人福祉施設（特養）

３．居宅介護支援事業所

４．訪問看護ステーション

５．その他