様式第２

特別会員入会申込書

京都府慢性期医療協会会長殿

京都府慢性期医療協会特別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

特別会員申込者氏名

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

全病床数　　　　　　　床

施設基準

その他の施設基準

その他の施設基準

施設基準（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

リハビリテーション

内訳

病棟数

1.一般（　　）床　2.精神（　　）床　3.結核（　　）床

（　　　　　　　）病棟

〔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