

正 会 員 入 会 申 込 書

一般社団法人京都府介護老人保健施設協会 会長 殿

一般社団法人京都府介護老人保健施設協会に入会したいので申し込みます。

令和 年 月 日

(フリガナ)
介護老人保健施設名称

(フリガナ)
入会希望者氏名 印

会員(入会希望者) 役職		会員(入会希望者) 職種	() <small>* 医師の場合は専門科目</small>
(フリガナ) 開設者氏名		役職	職種 () <small>* 医師の場合は専門科目</small>
(フリガナ) 施設長氏名		職種	専習 <small>* 医師の場合のみ</small>
(フリガナ) 管理者氏名		職種	専習 <small>* 医師の場合のみ</small>
(フリガナ) 施設の代表者		役職	職種 () <small>* 医師の場合は専門科目</small>
<small>*定款第4条に規定する施設の代表者(施設代表者経歴書を添付してください)</small>			
(フリガナ) 事務担当者氏名		役職	職種 () <small>* 医師の場合は専門科目</small>
施設所在地	〒 TEL FAX ホームページの URL E-mail アドレス		
施設の概要	開設年月日	年 月 日	
	入所定員	本体施設	床 (うち認知症専門棟 床)
		サテライト型老健	床
	通所リハ定員	分館型老健	床
			名
(フリガナ) 設置主体名称	<small>* 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)</small>		
(フリガナ) 設置主体所在地	〒 TEL FAX ホームページの URL E-mail アドレス		
(フリガナ) 指定管理者名称	<small>* 公立等の施設で、他法人へ業務委託している場合にご記入ください。</small>		
(フリガナ) 指定管理者 所在地	〒 TEL FAX ホームページの URL E-mail アドレス		

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）			
	訪問リハビリテーションの実施 有 ・ 無			
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)
老健に併設している施設	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介護サービス	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	
その他	国庫補助の有無	有（ ____年度） ・ 無		
	病床転換型老健	病床転換型である（ ____年度実施） ・ 病床転換型でない		
	新築・改築の別及び建築物の階数	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		
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				
施設として特筆できる事項				
備考	* サテライト型老健、分館型老健がある場合は名称、所在地、連絡先等をご記入ください。			

