



日本慢性期医療協会 正会員入会申込書

日本慢性期医療協会会長 殿

日本慢性期医療協会正会員に入会を申し込みます。

20 年 月 日

施設名 _____

会員登録者氏名 _____ 印

施設名	(ふりがな)			※正会員の対象は施設単位です。	
開設主体名 (法人名)	(ふりがな)				
会員登録者	氏名	(ふりがな)		役職名	
	出身 大学名			卒業年	(西暦) 年
	医学部卒業後、 入局した医局名			ご専門 分野	
連絡担当者 氏名	(ふりがな)			役職名 部署	
開設者氏名	(ふりがな)			役職名	
施設種別	病院 / 介護医療院 ・ 有床診療所 ・ 無床診療所 ・ 介護療養型老健 ・ 老健 (従来型) ・ 特養 上記以外 ⇒ ()			総病床数 療養数 定員数	床・名
開院年月日	(西暦) 年 月 日				
住所	(〒 -)				
TEL.			FAX.		
ホームページ			E-mail		

※「会員登録者氏名」は病院・施設等の代表となる方のお名前です。当会の会員名簿に掲載いたします。

※会員登録者様宛に入会金・年会費の請求書、今後の各種ご案内、機関誌等をお送りいたします。

※E-mail は会員情報メール送信先となりますので、必ずご記入下さい。

《紹介者がいる場合は、下記にご記入下さい》

紹介者氏名	施設名
-------	-----

以下の該当する箇所に病院の病床数の内訳を記入して下さい。

介護医療院を開設されている場合は、介護医療院の療養数もご記入ください。

日本慢性期医療協会では、協会内に「日本介護医療院協会」を組織して活動しております。

介護医療院については、「日本介護医療院協会」の会員名簿に掲載させていただきます。

【医療保険】

医療保険病床総数		床	
一般病床総数		床	
特殊疾患 1		床	*
特殊疾患 2		床	*
回復期リハ		床	*
地域包括ケア病棟（病床）		床	*
障害者施設等入院基本料		床	*
緩和ケア		床	*
地域一般入院料		床	*
急性期一般入院料		床	
上記以外		床	
療養病床総数		床	
療養病棟入院基本料 1		床	*
療養病棟入院基本料 2		床	*
回復期リハ		床	*
地域包括ケア病棟（病床）		床	*
上記以外		床	*
精神病床総数		床	
認知症治療病棟		床	*
特殊疾患 2		床	*
上記以外		床	
その他の病床		床	

※年会費算定の対象病床は
（*）の病床数が基本となりますが、それ以外にも慢性期医療に携わるすべての病床を対象と致します。



慢性期医療対象病床数

計	床
---	---

【介護保険】

介護保険病床総数		床	
介護療養型医療施設		床	*
老人性認知症疾患療養病棟		床	*

介護医療院		床	*
-------	--	---	---

【介護医療院の名称： _____】

申込書送付先：FAX. 03-3355-3122