



FAX 送信方向 FAX 番号 03 - 3355 - 3122

日本慢性期医療協会 慢性期医療認定病院
認定審査受審申込書

〔申込締切〕平成22年3月15日(月)必着

〔返信先〕 FAX.03 - 3355 - 3122 日本慢性期医療協会

〔審査主体〕 日本慢性期医療協会
東京都新宿区新宿1 - 1 - 7 コスモ新宿御苑ビル9階
TEL.03-3355-3120 FAX.03-3355-3122 info@jamcf.jp

* お申し込み後、当協会よりご担当者様にご連絡をとり、手順等についてご説明の上打ち合わせをさせていただきます。

貴施設名 _____ 都道府県名 _____

住所 _____

TEL _____ FAX _____

連絡担当者氏名 _____ 役職名 _____

総病床数 _____ 床(うち医療区分対象病床 _____ 床)

(本紙を送信してください。ありがとうございました。)

[下記への記入は不要です～日本慢性期医療協会使用欄～]

お申込日	年	月	日	
事前資料送付日	年	月	日	
慢性期医療のCI提出日	年	月	日	
認定審査日	年	月	日	
審査員	(・	・)
認定	可	・	不可	