



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 療養床数 定員数	床・名
開院年月日	(西暦) 年 月 日				
住所	(〒 -)				
TEL.			FAX.		
E-mail					
ホームページアドレス					

※「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
-------	-----

病院の場合は、下記に病床数の内訳を記入してください。

- ▶ 病院建物内に介護医療院を開設されている場合は、介護医療院の療養床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。

病院総病床数 () 床

医療 保 険	一 般 病 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	*
		地域包括医療病棟	床	
		急性期一般入院料	床	
		上記以外	床	
	療 養 病 床	療養病棟入院基本料 1	床	*
		療養病棟入院基本料 2	床	*
		療養病棟入院基本料 経過措置	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	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。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】

病院建物内の介護医療院	床	*
-------------	---	---

介護医療院の名称: _____