

地域包括ケア病棟協会 入会申込書

地域包括ケア病棟協会会長 殿

地域包括ケア病棟協会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

会員種類	1. 正会員（医療機関） 2. 賛助会員（団体・企業等） ※どちらかに○印をご記入ください。
------	---

ふりがな 貴医療機関・団体名			
ふりがな 会員登録者氏名			
会員登録者御役職		総病床数	床
連絡担当者氏名		御役職	
ご住所	(〒 -)		
TEL.	FAX.		
E-mail:			

※会員登録者様宛に入会金・年会費の請求書をお送りします。

【地域包括ケア病棟入院料 取得状況】

地域包括ケア病棟入院料 1	床	地域包括ケア入院医療管理料 1	床
地域包括ケア病棟入院料 2	床	地域包括ケア入院医療管理料 2	床
地域包括ケア病棟入院料 3	床	地域包括ケア入院医療管理料 3	床
地域包括ケア病棟入院料 4	床	地域包括ケア入院医療管理料 4	床
取得準備中	平成 年 月頃取得予定		

※紹介者がいる場合には、下記にご記入下さい。

紹介者氏名		御所属先	
-------	--	------	--

送付先：地域包括ケア病棟協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町 11-5 シャトレ市ヶ谷 2 階

TEL：03-3355-3120 FAX：03-3355-3122

E-mail：info@chiiki-hp.jp ホームページ：http://chiiki-hp.jp