

**＜入会申込書＞**

一般社団法人　地域包括ケア推進病棟協会会長　殿

　地域包括ケア推進病棟協会に入会を申し込みます。

西暦　 　　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・地域包括医療病棟入院料 取得状況】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 取得済 | 取得もしくは増床準備中 |
| 地域包括ケア病棟入院料１ | 　　　　床　　　　　 　　　　　　　 | 西暦　　　　　年　　月　 　 床　　　　　 　　　　　　　 |
| 地域包括ケア病棟入院料２ | 　　　　床  | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |
| 地域包括ケア病棟入院料３ | 　　　　床　　　　　　　 | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |
| 地域包括ケア病棟入院料４ | 　　　　床  | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |
| 地域包括ケア入院医療管理料１ | 　　　　床 | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |
| 地域包括ケア入院医療管理料２ | 　　　　床 | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |
| 地域包括ケア入院医療管理料３ | 　　　　床 | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |
| 地域包括ケア入院医療管理料４ | 　　　　床 | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |
| 地域包括医療病棟入院料 | 　　　　床 | 西暦　　　　　年　　月　 　 床 |

※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 |  |