

# 正会員 入会申込書

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 会長殿

一般社団法人 全国デイ・ケア協会に入会したいので申し込みます。

平成 年 月 日

設置主体名称 及び 住 所	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人名等 ( )</li> <li>住所 都道府県名 ( ) 〒</li> </ul> TEL FAX
入会希望者氏名	印  職種 役職
運営主体名称 (施設名) ※こちらの名称で 会員登録をします。 及び 住 所	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設名 ( ) ○で囲んでください↓ 通所リハ (デイケア) / 通所介護 (デイサービス)</li> <li>住所 都道府県名 ( ) 〒</li> </ul> TEL FAX  E-mail  <ul style="list-style-type: none"> <li>連絡担当者氏名 職種 部署、役職</li> </ul>

様式第 1-2 事業所施設概要 にもご記入下さい。

## 事業所施設概要

平成 年 月 日

事業所名称 (施設名)				
所在地	〒 _____ 都道府県名 ( )	TEL ( )		
		FAX ( )		
サービスの種類	<input type="checkbox"/> ・通所リハビリテーション (デイケア) <input type="checkbox"/> ・通所介護 (デイサービス)			
事業所種別	<input type="checkbox"/> ・病院 <input type="checkbox"/> ・診療所 (□通常規模・□小規模) <input type="checkbox"/> ・介護老健 <input type="checkbox"/> ・特養 <input type="checkbox"/> ・その他			
事業開始年月日	<input type="checkbox"/> ・昭和 <input type="checkbox"/> ・平成   ( ) 年 ( ) 月			
実施体制 ※入会申し込み時の体制をご記入下さい	入浴体制	<input type="checkbox"/> ・あり (□一般浴・□個浴・□特殊浴) ※複数回答可 <input type="checkbox"/> ・なし		
	送迎体制	<input type="checkbox"/> ・あり <input type="checkbox"/> ・なし		
	加算			
	サービス提供加算	<input type="checkbox"/> I ・ <input type="checkbox"/> II ・ <input type="checkbox"/> なし	理学療法士等体制強化加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	リハマネ加算 I	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	リハマネ加算 II	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	運動器機能向上加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	短期集中個別リハ	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	栄養改善加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	認知症短期集中リハ I	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	認知症短期集中リハ II	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	個別機能訓練加算 I	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	生活行為向上リハ	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	個別機能訓練加算 II	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	重度療養管理加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし
	入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> I ・ <input type="checkbox"/> II ・ <input type="checkbox"/> III
		<input type="checkbox"/> ・通常規模 <input type="checkbox"/> ・大規模 I <input type="checkbox"/> ・大規模 II		
定員数等	<input type="checkbox"/> ・定員数 ( ) 人/日			
実施日	<input type="checkbox"/> ・月曜～金曜 <input type="checkbox"/> ・月曜～土曜 <input type="checkbox"/> ・月曜～日曜 <input type="checkbox"/> ・その他 ※祝日 (□行なう・□行なわない)			
標準実施時間	<input type="checkbox"/> ・1～2時間 <input type="checkbox"/> ・2～3時間 <input type="checkbox"/> ・3～4時間 <input type="checkbox"/> ・4～6時間 <input type="checkbox"/> ・6～8時間 <input type="checkbox"/> ・8時間以上			