

賛助会員（個人） 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

| | |
|--|--|
| <p>施設名 及び 住 所</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設等 () ・ 住所 都道府県名 () 〒 <p>TEL FAX</p> |
| <p>入会希望者氏名</p> | <p style="text-align: right;">印</p> <p>職種</p> |
| <p>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</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） ・ 住所 都道府県名 () 〒 <p>TEL FAX</p> <p>E-mail</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 連絡担当者氏名 職種 部署、役職 |

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 | | | |