

# 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。

令和 年 月 日

設置主体名称 及び 住 所	フリガナ			
	法 人 名			
	郵便番号		都道府県	
	住 所			
	TEL		FAX	
入会希望者 (代表者)	氏 名			印
	職 種		役 職	
運営主体名称 (施設名) 及び 住 所  ※こちらの名称で 会員登録をします。	フリガナ			
	施 設 名			
	区 分 <small>○をつけてください</small>	通所リハ (デイケア) / 通所介護 (デイサービス)		
	郵便番号		都道府県	
	住 所			
	TEL		FAX	
連絡担当者	フリガナ			
	氏 名			
	職 種		役 職	
	所属部署			
	E-mail	@		

様式第 1-2 事業所施設概要 にもご記入下さい。

事務局使用欄	
会員番号	

# 事業所施設概要

令和 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 <small>※入会申し込み時の体制をご記入下さい</small>	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	リハ提供体制加算 <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	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 III <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	社会参加支援加算 <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし		
	リハマネ加算 IV <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		
	リハマネ加算 (支援) <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		
	短期集中個別リハ <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 I <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし	栄養スクリーニング加算 <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	事業所評価加算 <input type="checkbox"/> 取得 ・ <input type="checkbox"/> なし		
	生活行為向上 (介護) <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 (支援) <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	ADL維持等加算 <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	生活機能向上連携加算 <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 <small>※祝日 (□行なう・□行なわない)</small>			
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			