

正会員 入会申込書

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 御中

一般社団法人 全国デイ・ケア協会に入会申込みいたします。

申込日 年 月 日

1.基本情報

フリガナ			
法人名			
フリガナ			
施設名			
区分	<input type="checkbox"/> 通所リハ (デイケア) <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)		
住所	〒 _____ - _____		
TEL		FAX	
代表者または登録者氏名	⑩		
役職		職種	
E-mail 必須	@		

2.連絡担当者 (記入がない場合は代表者または登録者が連絡窓口となります)

フリガナ		職種	
氏名			
所属部署		役職	
E-mail 必須	@		

<h3>3.請求書の送付 必須</h3> <p>いずれかに✓をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.代表者または登録者を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 2.連絡担当者を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 3.1・2 以外に送付を希望する。</p> <p>希望送付先</p>	<h3>4.郵送物の送付 必須</h3> <p>いずれかに✓をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.代表者または登録者を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 2.連絡担当者を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/> 3.1・2 以外に送付を希望する。</p> <p>希望送付先</p>
--	--

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

年 月 日

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	A D L 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			