

日本在宅療養支援病院連絡協議会 入会申込書

一般社団法人 日本在宅療養支援病院連絡協議会会長 殿

日本在宅療養支援病院連絡協議会に入会を申し込みます。

西暦 年 月 日

会員の種類	<p>1. 正会員（医療機関） 2. 賛助会員（団体） 3. 賛助会員（個人）</p> <p>※正会員・賛助会員（団体・個人）に○印をご記入ください。</p> <p>正会員とは 当法人の目的に賛同して入会した在宅療養支援病院に携わる医療機関もしくは 今後、在宅療養支援病院の届出をする医療機関 法人単位ではなく、医療機関単位でのお申し込みをお願いいたします。</p> <p>賛助会員とは 当法人の事業を賛助するため入会した団体・企業・個人等</p> <p>※賛助会員（個人）につきましては、①④⑤⑧⑨⑩をご記載ください。</p>
-------	--

①貴医療機関名・団体名 個人名		②総病床数	床
③設立母体 <small>※設立母体に○をつけてください。 ()内については別紙「医療施設の 設立母体」をご確認ください</small>	1.医療法人 () 2.公的医療機関 () 3.国 () 4.社会保険機関団体 () 5.その他 ()		
④会員登録者氏名 <small>※医療機関の場合、代表者名を記載 ください</small>	氏名： 役職：		
⑤ご住所	(〒 -)		
⑥連絡担当者氏名	氏名： 役職：		
⑦ 在宅療養支援病院の届出 <small>※当てはまるものに○印をご記入 ください</small>	1.機能強化型在宅療養支援病院 単独型 2.機能強化型在宅療養支援病院 連携型 3.在宅療養支援病院 4.今後、在宅療養支援病院の届出をする予定 5.その他		
⑧TEL.	⑨FAX.		
⑩E-mail:			

■会費

正会員 年会費：2万円 賛助会員 年会費：団体4万円 個人5千円

※入会金はございません

※10月1日以降に入会のお申し込みをいただいた場合、年間会費の2分の1を免除いたします。

※入会のお申し込みをご提出いただきました後、会費納入のご案内をメールもしくは郵送いたします。

※年会費およびその他の拠出金品は変換いたしません。

■入会・退会及び各種お問い合わせ先

日本在宅療養支援病院連絡協議会（志村大宮病院内）

住所：〒319-2261 茨城県常陸大宮市上町 313 TEL：0295-53-2170 FAX：0295-52-2705

メール：info@zaishibyو.com

医療施設の設立母体の種類

<p>国</p>	<p>厚生労働省 防衛省 法務省 宮内庁 独立行政法人 国立大学法人 国立高度専門医療センター</p>
<p>公的医療機関</p>	<p>都道府県 市町村 地方独立行政法人 日本赤十字社 社会福祉法人恩賜財団済生会 社会福祉法人北海道社会事業協会 厚生（医療）農業協同組合連合会 国民健康保険団体連合会</p>
<p>社会保険関係団体</p>	<p>健康保険組合及びその連合会 共済組合及びその連合会 国民健康保険組合 全国社会保険協会連合会 厚生年金事業振興団 船員保険会</p>
<p>医療法人</p>	<p>一般医療法人 社団医療法人 財団医療法人 社会医療法人</p>
<p>その他</p>	<p>公益法人 学校法人 社会福祉法人 医療生協 会社 宗教法人 その他</p>