様式１

正会員入会申込書（１）

支部長印

公益社団法人全国老人保健施設協会会長　　殿

公益社団法人全国老人保健施設協会に入会を申し込みます。

年　　月　　日

（ふ り が な）
介護老人保健施設名称

（ふ り が な）
入 会 希 望 者 氏 名　　印

会 員 役 職		会 員 職 種 （医師の場合は専門科目）	（　　）
上記の者を当施設の入会希望者（正会員）として指定します。 施設開設者　役職・氏名　　印 【理由】 （開設者及び管理者以外の方を正会員とする場合のみ記名・捺印、理由をご記入下さい）			
（ふ り が な） 施 設 所 在 地	〒		
	TEL：　　－　　－　　FAX：　　－　　－		
	交通機関　　線　　駅より(所要時間)　　分		
	ホームページのURL： （※全老健HPとリンク希望の方のみご記入下さい。）		
	全老健メールマガジン配信用E-mailアドレス ：		
（ふ り が な） 設 置 主 体 名 称	＊社会福祉法人の場合の事業種別（ 1.第2種社会福祉事業 2.公益事業 ）		
（ふ り が な） 設置主体所在地	〒		
	TEL：　　－　　－　　FAX：　　－　　－		
（ふ り が な） 指定管理者名称 ＊4参照	（＊公立等の施設で、医療法人等の他法人へ業務委託している場合にご記入して下さい。）		
（ふ り が な） 指定管理者所在地	〒		
	TEL：　　－　　－　　FAX：　　－　　－		
開 設 許 可 日	年　　月　　日	開　　設　　日	年　　月　　日

＊１　必要事項を記入し、所属支部長印を受けてから協会事務局あて送付して下さい。
＊２　法人概要・施設パンフレットを同封して下さい。
＊３　ここでいう「開設者」とは、全老健定款第５条に規定されている方を指します。また、「設置主体」とは、介護保険法第９４条に定める「介護老人保健施設を開設した者」を指します。
＊４　地方自治法による指定管理者に業務を委託されている場合のみご記入下さい。
＊５　裏面にも記入して下さい。

サテライト型小規模介護老人保健施設	ない ／ ある （ある場合は所在地等を記載してください。）					
施設名称						
（ふりがな） 施設所在地	〒 TEL： ー ー FAX： ー ー 本体施設からの距離 km ／ 所要時間 分					
分館型介護老人保健施設	ない ／ ある （ある場合は所在地等を記載してください。）					
施設名称						
（ふりがな） 施設所在地	〒 TEL： ー ー FAX： ー ー 本体施設からの距離 km ／ 所要時間 分					
定床数	本体施設	床（うち認知症専門棟 床）	合計 床			
	サテライト型	床				
	分館型	床				
通所リハビリテーション定員数	人	訪問リハビリテーションの実施	有 ・ 無			
（ふりがな） 開設者氏名		役職		職種	（ ） ＊医師の場合は専門科目	
（ふりがな） 施設長氏名		職種		専門科	＊医師の場合のみ	
（ふりがな） 管理者氏名		職種		専門科	＊医師の場合のみ	
（ふりがな） 事務担当者氏名		役職		職種	（ ） ＊医師の場合は専門科目	
設置形態	1.独立 2.病院併設 3.診療所併設 4.介護老人福祉施設併設 5.病院･介護老人福祉施設併設 6.診療所･介護老人福祉施設併設 7.その他の施設との併設					
	病院	(名称)	(診療科目)			
	診療所	(名称)	(診療科目)			
	介護老人福祉施設	(名称)	その他	(名称)		
その他	国庫補助の有無	有（ ＿＿年度） ・ 無				
	病床転換型老健	病床転換型である （＿＿年度実施） 【療養型老健 ・ 従来型老健】 ・ 病床転換型でない				
	新築･改築の別及び建物の階数	1.新築 2.一部新・改築(新床・改床) ＿＿階建 *高層化･複合型の場合＿＿階部分	同一都道府県内の同一人物又は同一法人における2施設目以降の老健の場合はチェック			
	入会金の分納	希望する ・ 希望しない	□			
施設として特筆できる事項						

備 考（サテライト型小規模介護老人保健施設が２以上ある場合等はこちらに付記してください。）