

長野県訪問看護ステーション連絡協議会

いずれかに○を

[1. 新入会希望 2. 再入会希望 3. 変更届け 4. 年会費入金通知]

入金日 年 月 日

変更がある項目に○印を↓	会員施設番号(3桁)		開設者区分 (いずれかに○印を)	地方公共団体、日本赤十字社、社会保険関係団体、独立行政法人、医療法人、社会福祉法人、医師会、看護協会、社団・財団法人、協同組合、営利法人、特定非営利活動法人(NPO)、その他の法人		
			開設母体・法人名			
	訪問看護ステーション名					
	所在地	(〒 _____ )				
	ふりがな 管理者氏名					
	電話					
	ファックス					
	Email					
	公式HP URL	貴事業所URLを連絡協議会ホームページに掲載可能な場合のみ記載してください				
対応可能な条件/該当加算等 *本年も可能な条件に○印と、あてはまる数を記入して下さい。	看護師数		名	認定看護師		名
	常勤換算数		名	ICT導入		
	24時間対応体制			機能強化型	1	2 3
	ターミナルケア対応			特別地域加算		
	小児対応			精神対応		
	人工呼吸器対応			看護協会員数		名
	サテライト数		箇所	PT/OT/ST対応	PT	ST OT