練馬区訪問看護ステーション連絡会　登録用紙 (新規申込)

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開設年月日 | 　　　年　　月　　日 | 入会予定月 | 申込と同時・それ以外(　　年　　月～) |
| ｽﾃｰｼｮﾝ名 |  |
| 法人名 |  |
| ｽﾃｰｼｮﾝ管理者名 | ふりがな |
|  |
| 住所 | 〒練馬区 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス | 配信用 |  |
| ※添付ファイルで資料などを送付しますので、対応できるﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽを記入してください |
| MCS用 |  |
| ※添付資料参照の上 **極力共用以外のｱﾄﾞﾚｽで**お願いします。個人情報の観点から 登録完了後に上記は黒塗りします。 |

＊名簿作成に必要なので下記もご記入をお願いします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 体制(該当に〇) | 居宅併設 | あり | なし |
| 24時間 | 対応している | 対応していない |
| 小児訪問看護 | 訪問できる | 訪問できない |
| 精神訪問看護 | 訪問できる | 訪問できない |
| リハビリ(該当に〇) | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語療法士 |
| 備考欄 | ※13文字以内で貴STのｱﾋﾟｰﾙpointをご自由に ご記入ください |
| (例：小児のリハ可、△△認定看護師あり、365日定期訪問可、小児中心、PSW常駐 等) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話受付時間 | ※24時間ではなく 通常営業で電話対応可能な受付時間(曜日により異なる場合はその旨も) |
|  |
| 訪問可能日 | ※定期訪問が**可能な曜日等**に〇をつけてください |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝日 | 夏季 | 年末年始 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊FAX 03-399７-7１３０ (練馬区医師会訪問看護ステーション 大竹宛・送り状不要)＊



(2024.06.12.改訂)