

千葉県訪問看護ステーション協会 ホームページ
「ステーション一覧」掲載用詳細データ記入用紙

◆基本情報

名称	
住所	〒
tel	
fax	
e-mail	
webサイト	
法人名・設置母体	

◆併設事業: 該当の項目に○、その他がある場合は具体的な事業名を記入してください。

<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
<input type="checkbox"/> 複合型サービス	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応サービス	
<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル	<input type="checkbox"/> 病院・診療所	<input type="checkbox"/> 認知症グループホーム
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/> 各種老人ホーム()		
<input type="checkbox"/> その他()		

◆サービス提供地域

--

◆営業時間

: ~ :

◆休業日: 該当の項目に○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 土 日 祝日 夏期休業 冬期休業 その他()
--

◆管理者(職種)

管理者氏名:	職種:
--------	-----

◆職員数(常勤換算): 該当の職種に○をつけ、常勤換算で人数を記入してください。

<input type="checkbox"/> 看護師 名	<input type="checkbox"/> リハビリ 名 (PT ・ OT ・ ST)
--------------------------------	--

◆24時間体制: 該当の項目に○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

◆ステーションの特徴など

--

◆利用できる公費負担制度: 該当する項目に○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 原爆医療	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 特定疾患
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患	<input type="checkbox"/> 障害者自立支援法(精神通院医療)	
<input type="checkbox"/> その他()		

※ FAX (03-6682-4171) または郵送で提出してください ※