

【付加機能評価(緩和ケア機能)】  
受 審 申 込 書

受付No.

↑この欄は当機構にて使用します。

財団法人日本医療機能評価機構の付加機能評価(緩和ケア機能)受審を申し込みます。

申込日 年 月 日

開設者	フリガナ							
病院名	フリガナ							
病院代表者 (法人代表者もしくは病院長)	職名	フリガナ					氏名	印
病院長	職名	フリガナ					氏名	
公文書の宛先	<input type="checkbox"/> 病院代表者		<input type="checkbox"/> 病院長					←いずれかにチェックをお願い致します。
事務担当者	職名	フリガナ					氏名	
所在地	(〒 - ) 都道府県							
連絡先	病院代表電話番号			内線番号		病院代表FAX番号		
担当者連絡先 (直通電話などがあれば ご記入下さい)	直通電話			直通FAX				
医療機関コード							←レセプト請求時のコード(7ケタ)をご記入ください。	
病床数 内訳(許可病床)	許可病床数			床				
	一般	床	療養	床	精神	床	稼動病床数	
ホスピス・ 緩和ケア病棟	稼動病床数			床				
新規受審/更新受審 該当する□にチェックを お願いします	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 ➡ 認定有効期限( 年 月 日)							
訪問審査希望時期	~ 2010年10月1日の訪問審査からVer.2.0が適用されます ~ <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;">Ver.2.0</div> 年 月 ※新規… 申込日より6ヶ月以内の希望月をご記入ください。 ※更新… 認定有効期限の前月までの希望月をご記入ください。							
訪問審査 受け入れ不可能日	日	日	日	←希望時期(上記記入)のうち、不可能な日をご記入ください。				

上記の必要事項を全てご記入のうえ、下記あてに郵送願います。

送付先 財団法人日本医療機能評価機構 事業推進部 TEL:03-5217-2326  
 〒101-0061 東京都千代田区三崎町1丁目4番17号 東洋ビル