

【付加機能評価(リハビリテーション機能)】  
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(リハビリテーション機能)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)	フリガナ 職名				フリガナ 氏名						印	
病院長	フリガナ 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	フリガナ 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					稼動病床数	床
	一般	床	療養	床	精神	床	感染症	床	結核	床		
リハビリテーション 関連の病床 (実稼働可能な病床)	リハビリテーション科の病床				床						回復期リハビリテーション病床	床
リハビリテーション に関する 主な施設基準 該当する□にチェックを お願いします	<input type="checkbox"/> 心大血管疾患リハビリテーション料及び医学管理料(□Ⅰ □Ⅱ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料及び医学管理料(□Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料及び医学管理料(□Ⅰ □Ⅱ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料及び医学管理料(□Ⅰ □Ⅱ)											
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Ver.1.0</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	日	日	日	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

本申込書にてお預かりした個人情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、安全かつ、適正に管理させていただきます。