

財団法人日本医療機能評価機構の訪問受審支援を申し込みます。

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 <small>(法人代表者もしくは病院長)</small>	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	所属・職名				
	フリガナ	氏名			
所在地	(下 -) 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 <small>(直通電話などがあればご記入下さい)</small>		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	
	一般	床	療養	床	精神
訪問希望時期		年	月	←申込の月より3~6ヶ月後としてください。	
訪問受入不可能日	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。	
病院機能評価 について 該当する□にチェックと 日付の記載を お願いします	<input type="checkbox"/> 申込済		→ 訪問審査予定: _____ 年 _____ 月		
	<input type="checkbox"/> 申込予定	<input type="checkbox"/> 新規受審		→ 訪問審査予定: _____ 年 _____ 月頃	
		<input type="checkbox"/> 更新受審		→ 訪問審査予定: _____ 年 _____ 月頃	
	(認定有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日)				
<input type="checkbox"/> 未定					

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。