

うつ病リワーク研究会入会を希望する方へ

うつ病リワーク研究会事務局

## うつ病リワーク研究会入会について

### ・正会員として入会を希望する場合

世話人による推薦を受けてから入会申請書をご記入後 入会申請書をうつ病リワーク研究会事務局へメール・FAX または郵送で送付して下さい。その後、全世話人の承認を経て入会が決定します。推薦を受けるにあたりいずれの世話人にも心当たりがない場合は、入会申請書を記入後うつ病リワーク研究会事務局へ送付して下さい。内容を確認した後、事務局より世話人へ推薦について確認をいたします。

### ・準会員として入会を希望する場合

入会申請書をうつ病リワーク研究会事務局へメールまたは郵送で送付して下さい。その後、世話人会の承認を経て入会が決定します。

### ・準会員から正会員への変更を希望する場合

正会員として入会を希望する場合 に準じます。

入会決定後に申請者に対し入会決定の通知を行います。その時に会費納入等のご案内をいたします。会費が口座に入った時点で会員資格が発生いたします。

※入会希望者は、会報や今後の各種案内・連絡事項をメールベースで行いますので、必ずメールアドレスを記載してください（携帯電話のアドレスは不可）。

※当研究会ホームページに掲載を希望する医療機関につきましては、正会員になった時に会員医療機関ページの地図上に掲載し貴院 HP とリンクいたします。掲載までに入会承認後3カ月ほど時間がかかることもありますのでご了承下さい。また、リワーク施設の詳細情報ページ掲載につきましては1年に1回更新いたします。

入会申請書の提出先

各種問い合わせにつきましては

うつ病リワーク研究会事務局（担当：林）

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-16-16 虎ノ門 1 丁目 MG 交洋ビル 3F(メディカルケア虎ノ門内)

Tel/Fax 03-5512-1161

E-Mail [information@utsu-rework.org](mailto:information@utsu-rework.org)

# 入会申請書（正会員・準会員）

平成 年 月 日

フリガナ 医療機関名		
所在地 〒		
電話番号 ( ) -	FAX 番号 ( ) -	
URL http://		
施設長名	連絡担当者名	
診療報酬上のリワークプログラム実施方法（複数回答可） <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートケア <input type="checkbox"/> ナイトケア <input type="checkbox"/> デイナイトケア <input type="checkbox"/> 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 通院集団精神療法 <input type="checkbox"/> 自由診療 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
開始時期 年 月より開始	定員数 名	
プログラム開催日（○をつける） 月・火・水・木・金・土・日	プログラム開催時刻 時 分～ 時 分、 時 分～ 時 分	
プログラム名	内容	特徴
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

※正会員として入会を希望する方は、網掛け箇所も記入してください。

リワーク活動に携わる該当スタッフ、または今回入会を希望する方について全員分記入してください。

No	フリガナ 氏名	職種	役職・担当	勤務形態	研究会入会 について	メールアドレス (入会者は必須、携帯 アドレスは不可)
1 (施設長)				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・ <del>入会しない</del>	
2				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
3				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
4				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
5				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
6				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
7				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
8				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
9				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
10				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
11				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	
12				常勤・非常勤 (週 日)	入会する・入会しない	

※施設長（病院長またはリワーク施設の管理者、部門責任者）は必ずご加入ください。

※記入欄が足りない場合は、コピーして使用下さい

