

入会のご案内

一般社団法人

全国個室ユニット型施設推進協議会

会長 赤枝 雄一

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私ども全国個室ユニット型施設推進協議会では、平成 17 年の発足以降、個室ユニット型施設施設の運営健全化を目指し、日々活動をしております。厚生労働省をはじめとする関係機関や団体との折衝、各種研修会、施設相互の親睦を行いながら、会員の皆様との情報交換や、情報提供を行っております。

貴施設におかれましては、日々、施設の運営にご尽力のことと存じますが、ユニットケア、さらには個別ケアの素晴らしさについてお考えいただき、介護の未来が明るいものになりますよう一緒に力を合わせてまいりたいと考えております。

当協議会の活動にご賛同を賜りますれば、是非ご入会をご検討くださいますようお願い申し上げます。

敬具

【 活 動 概 要 】

1. 厚生労働省をはじめとする関係機関との折衝

厚生労働省老健局、福祉医療機構、衆参両院議員などの関係機関に、経営状況等の会員施設の現場の声を届け、介護福祉の施策についての要望書の提出や陳情を行います。得られた回答は、機関紙およびホームページにて会員の皆様に開示いたします。

2. 情報の発信と共有

ホームページや機関紙「推進協ニュース」など、必要な情報をお届けいたします。特に、関係機関から発表される介護報酬など、施設運営に大きな影響を与えると思われる懸案事項に関する情報等につきましては、いち早く発信し、情報の共有を図っております。また、ホームページでは全国の会員施設をご紹介しており、ホームページを開設されていない施設のインターネット上での情報発信もお手伝いしております。

3. 常設委員会の設置

総務企画広報委員会、介護保険委員会、研修委員会の3つの常設委員会を設置し、施設の適正な管理運営や介護保険制度上の問題点の検討、介護保険制度に対応する研修カリキュラムの研究など、日々変化する介護を取り巻く環境に対応しております。

4. 教育・研修事業

学識経験者等を講師に招き、会員向けの講演会やセミナー等を実施しております。制度改革に適応した講習会なども、随時行っております。

■ホームページでも詳細をご紹介します。(URL : <http://suishinkyō.net/>)

■特養に限らず、個室ユニット型で個別ケアに取り組んでいらっしゃる施設様のご入会を受け付けております。

以上

【ご入会手続きの流れ】

1. 入会申込書に必要事項をご記入の上、下記宛先までご郵送くださいますようお願い致します。
尚、ご郵送の際に事務局までご一報いただければ幸いです。

(TEL:045-921-0462/FAX:045-921-0472)

【宛先】一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会事務局

〒226-0015

神奈川県横浜市緑区三保町171-1

特別養護老人ホーム「しょうじゅの里三保」内

電話：045-921-0462

2. 書類到着後、請求書をお送りしますので、年会費のお振込みをお願い致します。

年会費 1施設 6万円

※30床以下の施設様につきましては、年会費が半額となります。

(1施設3万円)

※特養に限らず、個室ユニット型の施設様また個別ケアに取り組んでいらっしゃる施設様にもご入会
いただいております。

3. 年会費ご入金確認後、当協議会ホームページのパスワードをお知らせ致します。
パスワードのお知らせをもちまして、入会お手続きの完了とさせていただきます。

以上

ご不明な点がございましたら、事務局までお問合わせください。

一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会 事務局

TEL：045-921-0462/FAX：045-921-0472

〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保町171-1 特養「しょうじゅの里三保」内

E-mail info@suishinkyō.net

会員入会申込書

一般社団法人
全国個室ユニット型施設推進協議会 会長 殿

全国個室ユニット型施設推進協議会に入会致します。

平成 年 月 日

(ふりがな)
施設名称 _____

(ふりがな)
法人理事長名 _____ 印

会 に 出 席 さ れ る 方	職 種	役 職	氏 名		
(ふりがな) 施 住 所	〒 _____ 都 道 府 県				
				TEL	— —
				FAX	— —
	交通機関		線		駅
	ホームページのURL :				
	E-Mailアドレス :				
(ふりがな) 設 置 主 体 名 称	・病院又は施設等の名称 ()				
(ふりがな) 設 置 主 体 住 所				TEL	— —
				FAX	— —
(ふりがな) 運 営 主 体 名 称 住 所	*設置主体と運営主体が別の場合、記入して下さい。				
				TEL	— —
				FAX	— —
(ふりがな) 事 務 連 絡 担 当 者 氏 名		職 種		役 職	
		E-Mail			
(ふりがな) 併 設 施 設 名 称	※法人母体が医療法人の場合は、医療法人名をご記入ください。				
入 所	定員	人 ※従来型との併設 有・無 (併設有りの場合には、その内訳をご記入ください)			
	ユニット数	ユニット (1ユニットあたり 人)			
シ ョ ー ト 数 / 定 員	室	人	テ レ イ サ ー ビ ス (1日あたりの定員)		人
当協議会をお知りになった経緯	紹介者より ・ DM ・ 研修会等 (研修会名 :)				
紹 介 者 が い る 場 合 の み	法人名		施設名		
	役 職		氏 名		

事務局使用欄