一般社団法人日本うつ病リワーク協会　入会を希望する方へ

一般社団法人日本うつ病リワーク協会事務局

**（社）日本うつ病リワーク協会入会について**

(会員区分)

施設会員Aと施設会員Bは施設長が対象となり、施設会員Aと施設会員Bの年会費には施設長の他に一定数の施設会員Cの年会費が含まれています。

施設会員A（デイケア、デイナイトケアで運営する施設の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　50,000円(施設長含め全5名)
施設会員B（デイケア、デイナイトケア以外で運営する施設の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　20,000円(施設長含め全2名)

施設会員C（施設会員ABの施設に勤務するスタッフ）

　　　　　　　　　　　施設会員ABの人数枠を超えて追加加入する場合は1名5,000円

個人会員（施設会員以外でリワークに関心のある個人）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師10,000円、医師以外5,000円

**・施設会員・個人会員として入会を希望する場合**

入会申請書をご記入後　入会申請書を（社）日本うつ病リワーク協会事務局へメール・FAXまたは郵送で送付して下さい。その後、理事会の承認を経て入会が決定します。

**・個人会員から施設会員への変更を希望する場合**

　施設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）。

※当協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、施設会員になった時に掲載希望についてお聞きし、希望する施設について掲載します。

入会申請書の提出先・各種問い合わせにつきましては

（社）日本うつ病リワーク協会事務局（担当：江島）

〒100-0004東京都千代田区大手町2-2-1　新大手町ビル地下1F（東京リワーク研究所内）

Tel　03-6281-8480　　Fax　03-6262-2984　　E-Mail　information@utsu-rework.org

令和　　年　　月　　日

**入会申請書（施設会員・個人会員）**

施設・プログラム情報

|  |
| --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ医療機関名 |
| 所在地　　　〒 |
| 最寄りの交通機関 |  |
| 患者の住居地域 |  |
| 患者の利用する交通機関 |  |
| 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）□デイケア　　　□ショートケア　　　□ナイトケア　　　□デイナイトケア　* 精神科作業療法　　　□通院集団精神療法　　　□自由診療
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 健康保険適用 | 適用　・　自費　・　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 |
| 勤労状況の条件 | 休職者　・　失職者　・　復職者　・　条件なし　 |
| 主治医の条件 | 主治医変更必須・原則変更例外有り・患者の意思・条件なし　 |

※網掛け箇所は施設会員・個人会員・賛助会員、いずれも共通で記入ください。

　その他の箇所は施設会員で入会される場合にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| プログラム名 | 内容 | 特徴 |
| １） | 心理療法的手法の有無（有・無） |  |
| ２） | 心理療法的手法の有無（有・無） |  |
| ３） | 心理療法的手法の有無（有・無） |  |
| ４） | 心理療法的手法の有無（有・無） |  |
| ５） | 心理療法的手法の有無（有・無） |  |
| ６） | 心理療法的手法の有無（有・無） |  |
| ７） | 心理療法的手法の有無（有・無） |  |
| その他、貴施設（医療機関）の特徴 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員区分 | 施設会員区分 | ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 | 職種 | 役職・担当 | 勤務形態 | 協会入会について | メールアドレス（入会者は必須、携帯ｱﾄﾞﾚｽは不可） |
| 施設･個人 | A・B |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |
| 施設･個人 | C |  |  |  | 常勤・非常勤（週　　日） | 入会する・入会しない |  |

**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。**

スタッフ情報

※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

アンケートにお答え下さい

**※施設会員入会申込の方は以下の質問にご回答下さい。**

**Ａ．日本うつ病リワーク協会のホームページに会員医療機関として掲載することについて。**

①掲載してもいい ②掲載はしないで欲しい ③その他（　　　　　　　）

※ホームページへの掲載は、入会承認後１カ月ほどかかる場合がありますのでご了承ください。

**※個人会員入会申込の方は以下の質問にご回答下さい。**

**リワークプログラムをいつごろどのように実施する予定ですか？**

　　　　　　年　　　　月頃

**予定している診療報酬上のリワークプログラム実施方法（複数回答可）**

□デイケア □ショートケア □ナイトケア □デイナイトケア

□精神科作業療法 □通院集団精神療法 □自由診療

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

記入した後、入会申請書と一緒に事務局まで返送下さい。