

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)

55,000 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)

22,000 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 5,500 円

個人会員 (施設会員 AB 以外の医療機関に勤務する医療従事者)

医師 11,000 円、医師以外 5,500 円

準会員 (医療機関に勤務していない個人の会員)

医師 10,000 円、医師以外 5,000 円

### ・施設会員・個人会員・準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)

Fax 03-6262-2984 E-Mail [information@utsu-rework.org](mailto:information@utsu-rework.org)

# 入会申請書 (施設会員・個人会員・準会員)

令和 年 月 日

フリガナ 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) <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 ( )	
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		

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。

会員区分	施設 会員 区分	フリガナ 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 ドレスは不可)
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	

※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か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)

- |                                  |                                   |                                |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <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 (   |                                   |                                | )                                |

記入した後、入会申請書と一緒に事務局まで返送下さい。