

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、全理事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/Fax 03-6281-8480

E-Mail information@utsu-rework.org

| 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）

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <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。