

## 申込フォーム入力見本

お手数ですが、以下の内容をご入力の上「登録」ボタンを押してください。

\*必須項目

区分*	<input checked="" type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 新規
開設主体	医療法人○○、株式会社●●
会社名*	訪問看護ステーション○○○
会社名フリガナ	ホムカンジステーション○○○
事業所開設年月日*	2020 1 1
介護保険事業者番号*	10桁
E-Mail*	@hna.or.jp (本会から情報を受信するアドレス)
氏名*	管理者名
氏名フリガナ	
ブロック名*	神戸
会員番号	ホームページ参照、新規は空欄 (封筒の宛名ラベルにも記載)
年会費振込日 (振込予定日)*	2024 4 1
郵便番号*	650 - 0011 (半角数字)
都道府県	兵庫県
市町村・区・郡*	神戸市中央区
以下の住所*	下山手通5-6-24
電話番号*	080 - 3415 - 4235 (半角数字)

FAX

-  (半角数字)

併設事業

- なし
- 居宅介護支援事業
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 病院・診療所
- その他

その他の併設事業内容

営業時間（平日）\*

9：00～17：00

営業時間（土曜）\*

9：00～13：00

営業時間（日祝）\*

無し、要相談

機能強化型訪問看護管理  
療養費の届出

- なし
- 機能強化型訪問看護管理療養費 1
- 機能強化型訪問看護管理療養費 2
- 機能強化型訪問看護管理療養費 3

リンク先 ホームページアドレス  
(リンクを希望する施設)

登録