**鹿児島県ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ施設協議会**

（様式６）

**再開届出書**

鹿児島県ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ

施設協議会長　様

私は、鹿児島県リハビリテーション施設協議会会員を休止しておりましたが、再開を届出いたします｡

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | （ふりがな） |
|  |
| 施設名 |  |
| 施　　　　　　設 | 代表者名 | 印 |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 施設の別※いずれかの番号（項目）に○印を付して下さい。 | 1 | 病　院 |
| 2 | 診療所 |
| 3 | 介護老人保健施設 |
| 4 | 介護老人福祉施設 |
| 5 | 介護医療院（病院又は診療所に併設されるものを除く） |
| 6 | その他のﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ関連施設（　　　　　　） |
| 申込年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 受　理　日 | 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
|  |

太枠内を全てご記入ください。