

情報開示書（提出用）

記入日： 年 月 日

私は下記の情報を、患者様等からNPO法人日本医療リハビリテーション協会（以下MLAJ）に対して施設紹介依頼のお問い合わせがあった場合、開示することを了承いたします。

氏名(自筆署名)

印

会員No.

(※必須)

(※必須)

(※必須)

【注意事項】

※以下の「施設情報」および「セラピスト情報」において、必須項目の一つでも未記入がある場合はすべて非公開扱いとなります。

※情報を非公開とする場合も、必ず上段に署名・捺印をしてMLAJ事務局へご返送ください。

◆治療施設情報 ※公開しない場合は、空欄としてください。

【記入例】

ふりがな 施設名 (※必須)		えぬびーおー にほんいりょうりんぼどれなーじきょうかい NPO日本医療リハビリテーション協会
施設形態 (※必須)	病院 ・ 診療所 ・ 治療院 ・ ()	※○を付けてください。
ふりがな 所在地 (※都道府県は必須)	〒	かながわけんおだわらし・・・ 自宅と施設が同じ場合、ご注意ください。(市町村までも可)
交通・最寄り駅		JR東海道本線 鴨宮駅より 徒歩5分 駐車場無
電話番号	内線()	090-123-456 ×
ファクシミリ		0465-47-3080
受付時間・曜日		火・木・土 9:00-21:00
休診日		不定休・・・など
出張診療	出張可能 ・ 出張不可 ・ 応相談	※○を付けてください。
診療形態	外来診療(受付可・不可) 、 予約(要予約・予約不要・予約優先)	※○を付けてください。
ホームページ		www.mlaj.jp/
Eメール		info@mlaj.jp
備考		必ず事前に電話連絡のこと

◆セラピスト情報 ※公開しない場合は、空欄としてください。

【記入例】

ふりがな		りんば たろう
氏名		琳派 太郎(旧姓:〇〇)
性別 (※必須)	男性 ・ 女性	※○を付けてください。
講習会修了 (※必須)	中級講習会修了 ・ 上級講習会修了	※○を付けてください。
医療国家資格	医師・看護師・理学療法士・作業療法士・あん摩マッサージ指圧師 ()	※○を付けてください。

※上記の情報は、MLAJが必要と認めた催事(地域の勉強会・展示会など)、書籍出版等において使用する場合があります。詳細は事務局までお問い合わせください。