キュア神戸会員（施設会員）申込書

貴施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

申し込み日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

1. 会員（施設会員）申し込み
   * キュア神戸に参加します。

参加の場合の診療機能（下記いずれか）

☐　急性期病院　　☐回復期病院　　☐クリニック　　☐在宅サービス事業所

1. リハ連携への参加
   * 心不全リハ連携に施設参加します。

参加の場合のリハ機能（下記いずれか）

□急性期リハ □回復期リハ □生活期リハ

* + 呼吸不全リハ連携に施設参加します。

参加の場合のリハ機能（下記いずれか）

□急性期リハ □回復期リハ □生活期リハ

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

キュア神戸会員申し込みをいただきました施設は、別紙バイタルリンク申し込みにもご記入ください。後日システム管理者から利用者ごとのアカウント・パスワード等をお知らせします。