

無料登録申込書

料金は完全成果報酬型ですので全くリスクを負わずに登録できます。

ご利用者さまの為、よりよい信頼ある情報として掲載させて頂きます。今後ともよろしくお願い致します。

フリガナ	
会社名	
フリガナ	
施設名（複数可）	
フリガナ	
担当者様お名前	
フリガナ	
連絡先住所	○で囲んで下さい 会社・施設・その他 ()
連絡先 TEL No.	会社・施設・携帯
連絡先 FAX No.	会社・施設・その他 ()
メールアドレス	会社・施設・その他
ご質問、ご要望等 がございましたら ご記入下さい。	

※無料登録後、JOSからごあいさつを兼ねて、掲載資料等についてご連絡致します。

ご希望の連絡方法を○で囲んで下さい。

・ 電話（会社・施設・携帯）（希望日時）

電話お問い合わせ・・・フリーダイヤル0120-577-889

FAX申し込み・・・06-634-85165

メール申し込み・・・info@jos-net.com

サイト申し込み・・・<http://jos-net.com>

郵送申し込み・・・〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1丁目11-4大阪駅前第4ビル1F

一般社団法人 日本高齢者支援機構（JOS）宛

いいケアネット 施設情報記入表

複数の施設を登録希望の場合、誠にお手数ですがこちらをコピーしてください。FAX：06-6348-5165

施設名	ふりがな：			
施設種別		運営会社		
所在地				
交通				
施設紹介文				
費用	入居時費用	円	内訳	
	月額費用	円	内訳	
	別途必要費用			
こだわり特徴	<input type="checkbox"/> 入居一時金 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 24H 看護 <input type="checkbox"/> 看護師常駐 <input type="checkbox"/> 駅近 <input type="checkbox"/> 買物便利 <input type="checkbox"/> 居室に風呂付き <input type="checkbox"/> 居室にキッチン付き <input type="checkbox"/> 二人部屋有 <input type="checkbox"/> 介護士常駐 <input type="checkbox"/> リハビリ充実 <input type="checkbox"/> 障害者ご入居可能 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者ご入居可能			
看護・医療面	食事療法	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	運動療法	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	インスリン投与	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	胃ろう	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	透析	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	気管切開	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	鼻腔経管	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	筋萎縮性側索硬化症 (ALS)	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	たん吸引	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	中心静脈栄養 (IVH)	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	尿バルーン (カテーテル)	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	人工肛門 (ストマ)	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	創傷・褥瘡 (床ずれ)	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	パーキンソン病	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	脳卒中	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○		

いいケアネット 施設情報記入表

複数の施設を登録希望の場合、誠にお手数ですがこちらをコピーしてください。FAX：06-6348-5165

感染症面	疥癬	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	肝炎	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	結核	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	梅毒	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
	HIV	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○	MRSA(ブドウ球菌感染症)	<input type="checkbox"/> × <input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> ○
事業主体			電話番号	
開設年月日	西暦		建物構造	
敷地面積	㎡		延床面積	㎡
土地・建物の 権利形態			定員 (居室総数)	
居室面積				㎡
居室設備				
共用施設 設備				
入居条件				
身元保証人				
目的 テーマ	<input type="checkbox"/> 新規オープン特集 <input type="checkbox"/> 入居金0円施設特集 <input type="checkbox"/> 自立でも入居可の施設 <input type="checkbox"/> 夫婦部屋のある施設			
入居条件	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 入居年齢相談可 <input type="checkbox"/> 認知症対応化 <input type="checkbox"/> 身元保証人相談可 <input type="checkbox"/> 生活保護相談可			
写真の コメント				
その他備考				