

平成 30 年 1 月吉日

短期入所利用者様

関係機関各位

社会福祉法人 十愛療育会

横浜療育医療センター

センター長 甲斐 純夫

横浜医療福祉センター港南

センター長 根津 敦夫

短期入所受付方法の変更についてお知らせ

寒冷の候、皆様におかれましてはますます健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、昨年 5 月の横浜療育医療センター再開に伴い、短期入所の受付を「横浜療育医療センター」で 1 本化して実施しておりますが、平成 30 年 2 月の申込みから（平成 30 年 4 月利用分より）、下記のとおり第 1 希望の施設に、申込みをして頂くことになりました。その際、第 2 希望で他方の希望がある場合は、一緒に申込みができます。

何卒ご理解の上、ご協力をお願い申し上げます。

記

1. 短期入所（H30 年 2 月申込みより）（平成 30 年 4 月利用分）

利用希望月の 2 ヶ月前 1 日～10 日まで（土日・祝休日除く）

2. 日中一時支援（H30 年 4 月利用分より）

利用希望日前月の同日～希望日 1 週間前の月曜日まで

*緊急の場合は、ご相談ください。

3. 受付時間；9：00～17：00 平日のみ

4. 申込方法；①第 1 希望施設の医療福祉相談室に直接次の方法でお願いします

②短期入所専用電話（裏面参照してください）

③FAX（受付期間中は、24 時間可）

*直接窓口での申し込みも可能です

※申込み先等の詳細は、裏面をご覧ください。

5. 専用受付連絡先；※第1希望で利用したい施設にお申込み下さい。

	①横浜療育医療センター		②横浜医療福祉センター港南	
短期入所	14床	専用回線 045-352-6557 (TEL・FAX共通)	6床	専用回線（2月1日開通） 045-830-5761 (それ以前のお問い合わせは 045-830-5762へ) FAX 045-830-5772
日中一時支援	1日 2名		1日 2名	

*当日のキャンセル、利用日のご相談等は、利用予定施設専用回線にお願い致します。

6. 申込み受付時にお伺いする内容

- ①お名前（フルネームでお願いします。）
- ②ID番号（診察券番号）
- ③第1希望の施設（横療・港南・第2希望 あり・なし）
- ④利用希望期間（○/○～△/△・できるだけ詳しくお知らせください。）
- ⑤利用の要件
- ⑥前回の利用施設
(横療のA棟・B棟・C棟) (港南の1E・2E・2W・3E・3W)
- ⑦前回の利用期間（○年○/○～△/△）
- ⑧連絡先（ご自宅か携帯の電話番号）