

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ご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（〇/〇～△/△・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（〇年〇/〇～△/△）
- ⑧連絡先（ご自宅か携帯の電話番号）