

# 準会員入会申込書

山口県老人保健施設協議会に入会を申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな 入会希望者氏名				(印)
施 設 名				
会 員 区 分	個人会員	団体会員	(該当するものを○で囲んで下さい)	
住 所	〒			
	TEL ( )	—		
	FAX ( )	—		
入 会 希 望 者 役職・職種				
E-mail アドレス				
施 設 設 置 主 体				
事務連絡担当者氏名		事務連絡担当者 職種・役職		
介護老人保健施設 開設予定日	年	月	日	

※以下は個人会員希望の方のみご記入下さい。

勤 務 先				
役 職 ・ 職 名				
勤 務 先 住 所	〒			
	TEL ( )	—	FAX ( )	—