

正会員入会申込書〔2〕

令和 年 月 日

ふりがな 介護老人保健施設名			
ふりがな 施設所在地	〒 ー TEL () ー FAX () ー		
ふりがな 入会希望者氏名	(印)		
入会希望者 職種・役職			
E-mail アドレス			
施設設置主体名称			
開設許可日	年 月 日	開設日	年 月 日
事務連絡担当者氏名		事務連絡担当者 職種・役職	

定員数	入所 人	うち認知症専門棟	人	設置形態	1. 独立 2. 病院併設 3. 診療所併設 4. 介護老人福祉施設併設 5. 病院・介護老人福祉施設併設 6. 診療所・介護老人福祉施設併設 7. その他の施設との併設
		サテライト型	人		
		分館型	人		
	通所	人			

この申込書が受理された日をもって、準会員を退会しますので届け出ます。

退会者氏名

(印)