

一般社団法人 愛知県認知症グループホーム連絡協議会
入会申込書(正会員)

年 月 日

一般社団法人

愛知県認知症グループホーム連絡協議会 代表理事 殿

(ふりがな)
法人・団体名

(ふりがな)
代表者氏名

印

私は貴協議会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。
会則を遵守することに同意いたします。

◆事業主体についての項目

※枠内の部分についてご記入下さい。

(ふりがな) 法 人名			
(ふりがな) 代表者名			
(ふりがな) ご担当者名			
法人住所	〒		
TEL		FAX	
E-Mail			

◆事業所についての項目

(ふりがな) グループホーム名			
介護保険事業者番号	※必須 9桁 or 10桁	ユニット数： 定員数：	ユニット 名 ※必須
(ふりがな) 管理者名			
グループホーム住所	〒		
TEL		FAX	
E-Mail			

◆請求書などのご案内送付先

送付先	<input type="checkbox"/> 法人住所 <input type="checkbox"/> グループホーム住所 <input type="checkbox"/> 別途指定 (下記へご記入下さい) ※いずれかに✓を入れて下さい。		
送付先情報	送付先名	ご担当者	
	送付先住所	〒	
	TEL:		FAX:

※グループホームが2つ以上の場合は本誌をコピーしてご記入下さい。

入会申し込み送付先：一般社団法人愛知県認知症グループホーム連絡協議会 事務局
〒440-0003 愛知県豊橋市浪ノ上町7-2
社会福祉法人さわらび会本部 内
TEL：0532-54-3501/FAX：0532-54-3514