

全国老人保健施設連盟 一般会員入会申込書

年 月 日

都道府県	所属施設名		
施設住所 〒 —			
TEL() —		FAX() —	

一般会員 (年会費 1口500円)

ふりがな		年会費口数(口)、合計(円)
お名前		Eメール (必ずご記入ください) 印 @ 携帯番号 () —
<input type="checkbox"/> 施設と同じ		
□その他	住所 〒 —	
	TEL() —	FAX() —

ふりがな		年会費口数(口)、合計(円)
お名前		Eメール (必ずご記入ください) 印 @ 携帯番号 () —
<input type="checkbox"/> 施設と同じ		
□その他	住所 〒 —	
	TEL() —	FAX() —

ふりがな		年会費口数(口)、合計(円)
お名前		Eメール (必ずご記入ください) 印 @ 携帯番号 () —
<input type="checkbox"/> 施設と同じ		
□その他	住所 〒 —	
	TEL() —	FAX() —

ご記入いただきましたら、下記へFAXまたは郵送にてお送りください。

FAX返信先 : 03-5425-1781

※いただいた個人情報は連盟の活動のみに使用し、
第三者に開示することはありません。

郵送先・連絡先 全国老人保健施設連盟
〒105-0011 東京都港区芝公園2-6-15
黒龍芝公園ビル6階
TEL:03-5425-1780