

# 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	印	Eメール (必ずご記入ください) @
		携帯番号 ( ) —
※連絡先について、該当する箇所に✓をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 施設と同じ		
<input type="checkbox"/> その他	住所 〒 —	
	TEL ( ) —	FAX ( ) —

ふりがな		年会費口数( 口)、合計( 円)
お名前	印	Eメール (必ずご記入ください) @
		携帯番号 ( ) —
※連絡先について、該当する箇所に✓をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 施設と同じ		
<input type="checkbox"/> その他	住所 〒 —	
	TEL ( ) —	FAX ( ) —

ふりがな		年会費口数( 口)、合計( 円)
お名前	印	Eメール (必ずご記入ください) @
		携帯番号 ( ) —
※連絡先について、該当する箇所に✓をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 施設と同じ		
<input type="checkbox"/> 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