

協力正会員入会申込書

「全国老人保健施設連盟協力正会員」として、入会を申込みます。

年 月 日

フリガナ			年会費 1 口 1 万円
氏 名	印		合計 (口 円)
自宅住所	<div>〒 — TEL. — FAX. —</div> <div>都・道 区 市 郡</div> <div>府・県</div>		
老健名又は勤務先名		役職名	
老健又は勤務先住所	<div>〒 — TEL. — FAX. —</div> <div>都・道 区 市 郡</div> <div>府・県</div>		
メールアドレス (必ずご記入ください)			

郵便物等の送付先について、いずれかに○をしてください。

1. 自宅 2. 老健 3. 老健以外の上記勤務先

※ 入会申込書受付後、年会費請求書を送付させていただきます。

※ 会員の個人情報は当連盟の活動目的以外には使用しません。