

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	〒	都・道 府・県	区 市 郡	TEL. FAX.	— —	— —
老健名又 は 勤務先名				役職名		
老健 又は 勤務先 住所	〒	都・道 府・県	区 市 郡	TEL. FAX.	— —	— —
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。