入会申込書

平成　　年　　月　　日

山形県認知症高齢者グループホーム連絡協議会　会長 殿

法人・団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私（当法人･当団体、並びに当事業所）は貴会の会則に同意し、入会を申し込みます。

事業主体		
法人・団体名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
会員氏名（代表者又は代表者に準ずる方）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
住所	〒　　－	
TEL / FAX	TEL	FAX
担当者職氏名 （連絡先が法人･団体の場合のみご記入ください）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
事業所		
事業所名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
管理者氏名 （管理者複数名の場合は代表して１名の氏名をご記入ください）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
住所	〒　　－	
TEL / FAX	TEL	FAX
E-mail		
事業所番号/開設年月日	事業所番号	開設年月日 年　　月　　日
ユニット数/定員	ユニット数 ＿＿＿ユニット　　定員 ＿＿＿名	
連絡先		
連絡先	□ 法人・団体　□ 事業所　□その他（下記ご記入願います）	
	連絡先名称	
	担当者職名　　氏名	
	住所 〒　　-	
	連絡先 TEL　　FAX	