

自署押印のうえ各支部へ郵送により送付またはFAXにより送信くださいますようお願い申し上げます。
※支部未設置県につきましては東京事務局までお送りください。

様式 8

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
事業所追加登録用紙 (正会員)

平成 年 月 日

公益社団法人
日本認知症グループホーム協会 会長 殿

私は貴協会の趣旨に賛同し、追加登録を申し込みます。

◆会員事業主体についての項目

※重要なご案内をお送りいたしますので E-mail 含め必ずご記入くださいますようお願い申し上げます。

法人種別		(ふりがな) 法人名	
(ふりがな) 代表者肩書		(ふりがな) 代表者名	
(ふりがな) 担当者名			
事業主体住所	〒		
TEL / FAX	TEL:	FAX:	
E-Mail			

◆事業所についての項目

(ふりがな) グループホーム名			
介護保険事業者番号	※必須 9桁 or10桁	ユニット数:	ユニット名 ※必須
(ふりがな) 管理者名	開設年月日	西暦 年 月 日	
グループホーム 住所	〒		
TEL / FAX	TEL:	FAX:	
E-Mail			

◆請求書送付先

(※合計 4 ユニット以上の会員につきましては、事業所ごとの請求書送付は対応致しかねます事をご了承ください)

請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記法人住所 <input type="checkbox"/> 別途指定 ※いずれかに✓をいれてください		
請求書 送付先情報	送付先名・ご担当者名:		
	送付先住所: 〒		
	TEL:	FAX:	

※グループホームが2つ以上の場合は本紙をコピーしてご記入下さい。

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 8 階
◆TEL:03-5366-2157 ◆FAX:03-5366-2158