

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
変更届(準会員 → 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

(ふりがな)

法人・団体名

(ふりがな)

代表者・氏名

印

下記の通り変更があったので、届け出ます。

※枠内の部分についてご記入下さい。

※重要なご案内をお送りいたしますので E-mail 含めて必ずご記入くださいますようお願い致します。

準会員 (変更前)			
会員名		会員区分 (○で囲んでください)	団体 個人
(ふりがな) 代表者名		(ふりがな) 担当者名	
住所	〒		
電話・FAX	TEL:	FAX:	



正会員 (変更後)			
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	
事業主体住所	〒		(ふりがな) 担当者名
TEL / FAX	TEL:	FAX:	
E-Mail ※必ずご記入ください			

◆郵送物・FAX・E-mail 送付先 (社員総会案内など会員宛て資料等の送付先)

郵送物・FAX 送付先	<input type="checkbox"/> 会員事業主体住所 <small>※いずれかに✓をいれてください</small>		<input type="checkbox"/> 別途指定 (下記へご記入下さい)
郵送物・FAX・E-mail 会員宛て重要案内 送付先情報	送付先名:	ご担当者:	
	送付先住所:	〒	
	TEL:	FAX:	
	E-Mail :		

◆請求書送付先

請求書送付先	<input type="checkbox"/> 会員事業主体住所	<input type="checkbox"/> グループホーム住所	<input type="checkbox"/> 別途指定 (下記へご記入下さい)
請求書 送付先情報	送付先名:	ご担当者:	
	送付先住所:	〒	
	TEL:	FAX:	
	E-Mail :		

※4ユニット以上の正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のでご了承ください。

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。

様式 4

2 / 2

◆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: 定員数:	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 ※必ずご記入ください			

(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: 定員数:	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 ※必ずご記入ください			

(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: 定員数:	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 ※必ずご記入ください			

※グループホームが4つ以上の場合は本紙をコピーしてご記入下さい。

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