

様式 1

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

入会申込書（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

私は貴協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

◆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 含めて必ずご記入くださいますようお願い致します。

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 ※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		<input type="checkbox"/> 別途指定 (下記へご記入下さい) ※いずれかに✓をいれてください	
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) ※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:				
	送付先住所:	〒				
	TEL:	FAX:				

※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。

〒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

様式 1

◆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。