

様式 2

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（準会員）

令和 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。

会費(年) () 準会員(団体会員): 30,000 円(※1) いずれかに○を入れて下さい。
 () 準会員(個人会員): 10,000 円(※2)

※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。

団体会員	(ふりがな) 団体名		
(ふりがな) 代表者名		(ふりがな) 担当者名	
住所	〒		
電話・FAX	TEL:	FAX:	
E-Mail ※必ずご記入 ください			
GH 開設予定日	平成	年	月 日 ※必ずご記入下さい。
備考			
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記記載住所 <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:
	送付先住所: 〒		TEL: FAX:

個人会員	(ふりがな) 氏名		
住所	〒		
電話・FAX	TEL:	FAX:	
E-Mail ※必ずご記入 ください			
GH 開設予定日	平成	年	月 日 ※必ずご記入下さい。
備考			
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記記載住所 <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:
	送付先住所: 〒		TEL: FAX:

※1 団体会員とは正会員(認知症対応型共同生活介護事業者)以外の団体・法人が対象です。

※2 年次途中でグループホームが開所となった場合、会員区分の変更が必要(準会員→正会員)となりますので変更手続きを行ってください。

〒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