

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(賛助会員)

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)	□
-------	---

※一口 10,000円

団体会員三口以上 個人会員一口以上

※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:

〒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