

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 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）

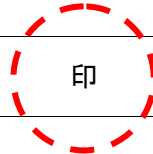
記載例

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) 社会福祉法人 ○○○会
法人・団体名

(ふりがな) 理事長 日本 太郎
代表者氏名



代表社印

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	社会福祉法人	(ふりがな) 法人名	社会福祉法人 ○○○会
(ふりがな) 代表者肩書	理事長	(ふりがな) 代表者名	日本 太郎
(ふりがな) 担当者名	大木戸 二郎	事務局より連絡させていただく時の窓口担当者	
事業主体住所	〒1××-×××× 東京都××区××町××××		
TEL / FAX	TEL: 03-0000-0000	FAX: 03-0000-0000	
E-Mail	honbu@xxxxx.or.jp メールアドレスは必ずご記入ください		
<input type="checkbox"/> メールマガジン配信希望 ※メールマガジンの配信を希望される方は✓をいれてください			

例) 郵送物の送付先を

事業主体住所「以外」に指定する場合

◆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 checked="" 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: グループホーム 大木戸	ご担当者: 四谷 大京	
	送付先住所: 〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッド		
	TEL: 03-5366-2157	FAX: 03-5366-2158	
	E-Mail : info@ghkyo.or.jp メールアドレスは必ずご記入ください		

◆請求書送付先

請求書送付先	<input checked="" 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

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 1

事業所が2つ以上ある場合の記載方法について

◆事業所についての項目

(ふりがな) グループホーム名	グループホーム 大木戸		
介護保険事業者番号	13XXXXXXXXX ※必須 9桁 or10桁	ユニット数: 定員数:	2 18 ユニット 名 ※必須
(ふりがな) 管理者名	四谷 大京	開設年月日	西暦 2012年 1 月 20 日
グループホーム 住所	〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッド		
TEL / FAX	TEL:03-5366-2157	FAX:03-5366-2158	
E-Mail	info@ghkyo.or.jp メールアドレスは必ずご記入ください		
<input type="checkbox"/> メールマガジン配信希望 ※メールマガジンの配信を希望される方は✓をいれてください			

(ふりがな) グループホーム名	オーキッド グループホーム		
介護保険事業者番号	13XXXXXXXXX ※必須 9桁 or10桁	ユニット数: 定員数:	2 18 ユニット 名 ※必須
(ふりがな) 管理者名	新宿 創	開設年月日	西暦 2013年 2 月 20 日
グループホーム 住所	〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-4		
TEL / FAX	TEL:03-5366-2000	FAX:03-5366-2000	
E-Mail	info2@ghkyo.or.jp		
<input type="checkbox"/> メールマガジン配信希望 ※メールマガジンの配信を希望される方は✓をいれてください			

(ふりがな) グループホーム名			
介護保険事業者番号		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			
<input type="checkbox"/> メールマガジン配信希望 ※メールマガジンの配信を希望される方は✓をいれてください			

※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

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 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）

記載例

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) 社会福祉法人 ○○○会
法人・団体名

(ふりがな) 理事長 日本 太郎
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。

代表社印

法人種別	社会福祉法人	(ふりがな) 法人名	社会福祉法人 ○○○会
(ふりがな) 代表者肩書	理事長	(ふりがな) 代表者名	日本 太郎
(ふりがな) 担当者名	大木戸 二郎	事務局より連絡させていただく時の窓口担当者	
事業主体住所	〒1××-×××× 東京都××区××町××××		
TEL / FAX	TEL:03-0000-0000	FAX:03-0000-0000	
E-Mail	honbu@xxxxx.or.jp メールアドレスは必ずご記入ください		
<input type="checkbox"/> メールマガジン配信希望 ※メールマガジンの配信を希望される方は✓をいれてください			
◆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 checked="" 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 checked="" 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:	

例) 郵送物を事業主体住所へ送付を行う場合

※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