

正会員 入会申込書

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 会長殿

一般社団法人 全国デイ・ケア協会への入会を申し込みます。

申込日 年 月 日

会員区分	<input type="checkbox"/> 貴法人の事業所で初めての入会（年会費 30,000 円） <input type="checkbox"/> 貴法人で既に入会済みの事業所あり（年会費 10,000 円）		
登録施設情報	フリガナ		
	法人名		
	フリガナ		
	施設名		
	事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	サービス種類	<input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	住所	〒	
	TEL		FAX
	E-mail ※最大 3 件まで登録可能		
	インボイス登録番号		
施設代表者	氏名		⑩
	役職		職 種
連絡担当者	フリガナ		
	氏名		
	役職		職 種
	所属部署		
発送物送付先	役職		氏名
請求書送付先	役職		氏名
入金方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード		

事務局使用欄

会員番号