

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

登録施設名 及び 住所 *登録する施設情報を記入ください	フリガナ			
	法人名			
	フリガナ			
	施設名			
	区分 ○をつけてください	通所リハ（デイケア） / 通所介護（デイサービス）		
	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（ ）		
	郵便番号		都道府県	
	住所			
	TEL		FAX	
	E-mail	@		
施設代表者	氏名			印
	役職		職種	
連絡担当者または 代表者以外の登録者 (ご記入のない場合は、 代表者が該当となります)	フリガナ			
	氏名			
	役職		職種	
	所属部署			
E-mail	@			
発送物送付先	役職		氏名	
請求書送付先	役職		氏名	

事務局使用欄

会員番号