

一般社団法人栃木県老人福祉施設協議会

入 会 申 込 書

フリガナ 施設名		認可年月日／平成 年 月 日	開設年月日／平成 年 月 日
		施設種別	(定員 名)
フリガナ 施設長名		併 設	<input type="checkbox"/> サテライト型特養 <div style="text-align: right;">(定員 名)</div>
			<input type="checkbox"/> ショートステイ (床)
フリガナ 経営主体			<input type="checkbox"/> デイサービスセンター <div style="text-align: right;">(定員 名)</div>
			<input type="checkbox"/> グループホーム (ユニット) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業所
フリガナ 代表者名			
住 所 (施設)	〒 ー		
電話番号		F A X	
メールアドレス		ホームペーヅ U R L	
備 考 一般社団法人栃木県老人福祉施設協議会へご加入の際は原則、 関東ブロック老人福祉施設連絡協議会への加入をお願いしております。			

栃木県老人福祉施設協議会・関東ブロック老人福祉施設連絡協議会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

平成 年 月 日

一般社団法人栃木県老人福祉施設協議会会長 様

施設名

施設長名

印