

P 会 員 入 会 申 込 書

「全国老人保健施設連盟P会員」として、入会を申込みます。

年 月 日

フリガナ			年会費 1 口 10 万円
氏 名	印		合計 (口 円)
自 宅 住 所	〒 — TEL. — — FAX. — — 都・道 区 市 郡 府・県		
勤 務 先 名		役職名	
勤 務 先 住 所	〒 — TEL. — — FAX. — — 都・道 区 市 郡 府・県		
メー ル ア ド レ ス			

(郵便物等の送付先について、どちらかに○をしてください。 1. 自宅 2. 老健 3. 老健以外の上記勤務先)

全老健支部長確認欄

支部長

連盟会員番号	—
正会員番号	
入会通知	

- ※ 入会申込書受付後、年会費請求書を送付させていただきます。
- ※ 会員の個人情報とは当連盟の活動目的以外には使用しません。