**全国老人保健施設連盟　B会員入会申込書**

　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 都道府県 | 所属施設名 |
| 施設住所 〒　　　－TEL (　　 　)　　　 ―　　　　　FAX(　　　　)　　　　 ― |

**B会員**　（年会費　１口５００円）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | **年会費口数（　　　　　口）、合計（　　　　　　　　　　円）** |
| お名前 | 印 | Eメール　　　　　　　　　＠ |
| 携帯番号 (　 　　　)　　　　 ― |
| ※連絡先について、該当する箇所に✔をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。 |
| □施設と同じ |
| □その他 | 住所　〒　　　 －　　　 |
| 法人等名称 |
| TEL (　　　 　)　　 　　 ― | FAX (　 　　　)　　　 　　 ― |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | **年会費口数（　　　　　口）、合計（　　　　　　　　　　円）** |
| お名前 | 印 | Eメール　　　　　　　　　＠ |
| 携帯番号 (　 　　　)　　　 　 ― |
| ※連絡先について、該当する箇所に✔をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。 |
| □施設と同じ |
| □その他 | 住所　〒　　　 －　　　 |
| 法人等名称 |
| TEL (　　　 　)　　 　　 ― | FAX (　 　　　)　　　 　　 ― |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | **年会費口数（　　　　　口）、合計（　　　　　　　　　　円）** |
| お名前 | 印 | Eメール　　　　　　　　　＠ |
| 携帯番号 (　 　　　)　　　　 ― |
| ※連絡先について、該当する箇所に✔をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。 |
| □施設と同じ |
| □その他 | 住所　〒　　　 －　　　 |
| 法人等名称 |
| TEL (　　　 　)　　 　　 ― | FAX (　 　　　)　　　 　　 ― |

ご記入いただきましたら、下記へFAXまたは郵送にてお送りください。

FAX返信先：**03-5425-1781**

|  |  |
| --- | --- |
| ※いただいた個人情報は連盟の活動のみに使用し、第三者に開示することはありません。 | 郵送先・連絡先　全国老人保健施設連盟 〒105-0011　東京都港区芝公園2-6-15黒龍芝公園ビル6階 |