

福島県老人保健施設協会入会申込書

福島県老人保健施設協会 会長 殿

福島県老人保健施設協会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

(ふりがな)
介護老人保健施設名称

(ふりがな)
入会希望者氏名

印

会 員 役 職		会 員 職 種 (医師の場合は専門科目)	()
(ふりがな) 施 設 所 在 地	(〒 -)		
	Tel: - -		Fax: - -
	連絡先 e-Mail アドレス:		
施 設 定 員 数	入 所 定 員 数	人 (うち認知症専門: 人)	
	短期入所定員数	人 ※特に定めていない場合は未記入	
	通所リハビリテーション 定員数	人	
(ふりがな) 経 営 主 体			
(ふりがな) 設 置 主 体			
開 設 許 可 日	年 月 日	開 設 日	年 月 日
(ふりなが) 開 設 者 氏 名	役 職	職 種	() * 医師の場合は専門科目
(ふりなが) 施 設 長 氏 名	職 種	科 専 門	* 医師の場合のみ
(ふりなが) 管 理 者 氏 名	職 種	科 専 門	* 医師の場合のみ
(ふりなが) 事 務 担 当 者 氏 名	役 職	職 種	() * 医師の場合は専門科目
備 考 (その他、特記すべき事)			

- * 1 必要事項を記入いただき、当協議会事務局までご郵送下さい。
- * 2 入会申込書へ法人概要・施設パンフレットを添付して下さい。