

様式第1号

## 正会員入会申込書

公益社団法人 大分県老人保健施設協会長 殿

公益社団法人 大分県老人保健施設協会に入会したいので申し込みます。

平成 年 月 日

(ふりがな)  
法人又は団体名

住所

〒番号：           —  
TEL：(       )       —  
FAX：(       )       —  
Eメール：

(ふりがな)  
法人の代表者氏名

印

(ふりがな) 施設名			
(ふりがな) 住所	〒  TEL (    )    — FAX (    )    —		
開設年月日	平成 年 月 日 開設		
入所許可数	床	通所リハビリテーション定員数	人
代表者が総会 において議決 委任可能な者 (2名)	氏 名		役 職
会員が開設する その他の事業			