

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。

令和 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・令和 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			