

(社)北海道老人保健施設協議会 入会申込書
(正会員用)

平成 年 月 日

フリガナ			
老人保健施設名			
名称区分	正式名称・仮称・未定 (あてはまるものを○で囲む。)		
老人保健施設住所・電話	〒		
	TEL	FAX	
フリガナ			
入会者氏名	印		
入会者職種及び役職		連絡担当者氏名	
設置主体住所・電話	〒		
	TEL	FAX	
開設(予定)年月日			
入所定員	名		
通所定員	名		
設置形態	・独立 ・病院併設 ・診療所併設 ・特養併設 ・病院特養併設 (あてはまるものを○で囲む。)		

※正会員は本会の目的に賛同する老人保健施設の代表者(開設者又は管理者)