

支部長印

会 員 変 更 申 請 書

公益社団法人全国老人保健施設協会会長 殿

下記のとおり会員を変更したいので、申請いたします。

平成 年 月 日

介護老人保健施設名

代表者（開設者又は管理者）役職

氏名

印

記

	変更内容	変更日	新	旧
会 員	(ふりがな) 氏 名	年 月 日		
	役 職			
	代表者種別		開設者 ・ 管理者 ・ その他	開設者 ・ 管理者 ・ その他
	職 種			
	* 医師の場合 は専門科目			
	変更理由	(開設者及び管理者以外の方を正会員とする場合はその理由もご記入下さい)		
上記の者を当施設の正会員として指定します。				
	施設開設者 役職・氏名	印		
(開設者及び管理者以外の方を正会員とする場合のみ記名・捺印下さい)				

- * 正会員及び準会員は、必要事項を記入し、所属支部長印を受けてから協会事務局あて送付してください。
- * 役職欄には、会員の役職を（理事長、施設長など）を1つだけご記入ください。
- * 定款第5条により、全老健の正会員は、原則、介護保険法に規定する老健施設の代表者としています。代表者種別には、該当するもの全てに○をつけてください。その他にのみに○がつく場合は、変更理由欄もあわせてご記入ください。

以上