様式３

賛助会員（団体）入会申込書

公益社団法人全国老人保健施設協会会長　　殿

公益社団法人全国老人保健施設協会に入会を申し込みます。

年　　月　　日

（ふ り が な）
団　　体　　名

（ふ り が な）
代　表　者　氏　名　　印

代表者役職		代表者所属（部署名等）			
（ふりがな） 団体所在地	〒				
	TEL：　－　－　FAX：　－　－				
	交通機関　線　駅より(所要時間)　分				
	ホームページのURL： （※全老健ＨＰとリンク希望の方のみご記入下さい。）				
	全老健メールマガジン配信用E-mailアドレス ：				
（ふりがな） 事務担当者氏名		所属		役職	
（ふりがな） 資料送付希望先名称	＊上記以外をご希望される際にご記入下さい				
（ふりがな） 資料送付希望者氏名		所属		役職	
（ふりがな） 資料送付希望先所在地	〒				
	TEL：　－　－　FAX：　－　－				
営業内容又は事業内容					
公益社団法人全国老人保健施設協会が出版する機関誌等刊行物への広告掲載希望の有無 ある　　ない　　（どちらかを〇で囲んで下さい）					

＊１ 必要事項を記入し、該当番号に〇印を付して下さい。

＊２ 会社概要を同封して下さい。