様式２

準会員入会申込書

支部長印

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。
なお、開設許可を受けた日から１ヶ月以内に正会員への変更手続きを行います。

年　　月　　日

（ふりがな）
設置主体名称

＊社会福祉法人の場合の事業種別（ 1.第２種社会福祉事業 2.公益事業 ）

（ふりがな）
入会希望者氏名　　印

会員役職		会員職種（医師の場合は専門科目）	（　　）
（ふりがな）設置主体所在地	〒		
	TEL：　－　－	FAX：　－　－	
	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）指定管理者名称 ＊３参照	（＊公立等の施設で、医療法人等の他法人へ業務委託する予定の場合にご記入して下さい。）		
（ふりがな）指定管理者所在地	〒		
	TEL：　－　－	FAX：　－　－	
（ふりがな）開設準備室所在地	〒		
	TEL：　－　－	FAX：　－　－	
（ふりがな）介護老人保健施設仮称			
（ふりがな）介護老人保健施設建設予定地	〒		
	TEL：　－　－	FAX：　－　－	
資料送付先希望	設置主体 ・ 指定管理者 ・ 開設準備室		
（ふりがな）事務担当者氏名		役職	職種
開設予定日	年　月　日		
同一都道府県内の同一人物又は同一法人における２施設目以降の老健の場合はチェック			□
入会金の分納	希望する ・ 希望しない		

＊１ 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下さい。
＊２ 法人概要を同封して下さい。
＊３ 地方自治法による指定管理者に業務を委託されている場合のみご記入下さい。