年　　月　　日

様式1

**高知県老人福祉施設協議会**

**入会申込書（ごとに記入してください）**

**高知県老人福祉施設協議会　会長　殿**

**施設名**

**施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

　　年　　月　　日より入会を希望します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設基本情報〔一〕 | 名称 |  ふりがな | 定員 | 入所名 | 短期名 | 通所名 | ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑﾕﾆｯﾄﾕﾆｯﾄ |  |
|  |
| 種別 | （該当する番号に**○印**して下さい）１ 養護老人ホーム　２ 特別養護老人ホーム　３ 軽費･ケアハウス４ グループホーム　５ 小規模多機能型居宅介護事業所　６ 救護施設 |
| 運営形態 | ※　デイサービスセンター会員のみ（該当する番号に**○印**…複数可）１一般単独型　２一般併設型　３痴呆専用単独型　４痴呆専用併設型　５生きがいﾃﾞｲ専用事業所　６身障ﾃﾞｲ専用事業所　７（　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | ふりがな　 　　　　　　　　　　　　　　　(〒　　－　　　) | Tel |
| Fax |
| E-mail |
| 施設長 |  ふりがな  |  　　施　設　開　設　年　月　日 　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 運営主体 | 名称 |  ふりがな  |  代表者 氏　名 |  ふりがな  |
|  |  |
| 所在地 | (〒　　－　　　)ふりがな　 　　　　　　　　 | Tel |
| Fax |
| E-mail  |
| 設置主体 | 名称 |  ふりがな  |  代表者 氏　名 |  ふりがな  |  |
|  |  |
| 所在地 | (〒　　－　　　)ふりがな　 　　　　　　　　 | Tel |
| Fax |
| E-mail  |

注）　　（１）申込書受理後、会費をお願いします。

　　　　（２）会費額は、別紙をご覧下さい。会費は年額です。