　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。