

入会申込届 (正会員及び準会員)

年 月 日

一般社団法人

北海道認知症グループホーム協会 理事会 御中

法人・団体名 _____

代表者氏名 _____

印

私は貴協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

会費(年) グループホーム入居者1定員につき2,000円

◆事業主体についての項目

法人種別		(ふりがな) 法人名	
(ふりがな) 代表者肩書		(ふりがな) 代表者名	
(ふりがな) 担当者名			
事業主体住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

◆事業所についての項目

(ふりがな) グループホーム名			
介護保険事業者番号		ユニット数 : 定員数 :	ユニット 名
(ふりがな) 管理者名		開設年月日	年 月 日
グループホーム 住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

※ 全項目記載漏れが無い様お願いいたします

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地 かでる2・7 4階

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

◆TEL : 011-208-3320 ◆FAX : 011-204-7312

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会
入会申込届 (賛助会員 (事業所))

年 月 日

一般社団法人
 北海道認知症グループホーム協会 理事会 御中

法人・団体名 _____

代表者氏名 _____ 印

私は貴協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

会費 (年) 24,000円

※ 介護保険法の定める認知症対応型共同生活介護以外の地域密着型サービス事業所

◆事業主体についての項目

法人種別		(ふりがな) 法人名	
(ふりがな) 代表者肩書		(ふりがな) 代表者名	
(ふりがな) 担当者名			
事業主体住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

◆事業所についての項目

(ふりがな) 事業所名			
介護保険事業者番号	種別 該当に○	巡回訪問 ・ 夜間対応 ・ 地域通所 ・ 認知症通所 小規模居宅 ・ 地特定施設 ・ 地福祉施設 ・ 複合型	
(ふりがな) 管理者名		開設年月日	年 月 日
事業所住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

※ 全項目記載漏れが無い様お願いいたします

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地 かでる2・7 4階

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会

◆TEL : 011-208-3320 ◆FAX : 011-204-7312

入会申込届 (賛助会員)

年 月 日

一般社団法人
北海道認知症グループホーム協会 理事会 御中

法人・団体名 _____

代表者・氏名 _____ 印

私は貴協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。
会費(年)：5,000円

個人以外の会員 または 個人会員 のどちらかを し必要事項の記載をお願いいたします。

個人以外の会員 (介護保険法の定める地域密着型サービス事業所以外の事業所等)

※ 研修会等を会員資格で参加できるのは 代表者のみとなります。

法人種別	(ふりがな) 法人名	(ふりがな) 代表者名	
(ふりがな) 代表者肩書		(ふりがな) 代表者名	
事業所名			
事業所住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

個人会員

(ふりがな) 氏名			
ご自宅住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			
勤務先(所属)			
勤務先住所等	〒		
	TEL :	FAX :	
郵送物郵送先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※ いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい		