# 全国老人保健施設連盟　B会員入会申込書

年　　月　　日

| 都道府県 | 所属施設名 |
|---|---|
| 施設住所 〒　　－<br><br>TEL（　　）　　―　　FAX（　　）　　― | |

**B会員**　（年会費　１口５００円）

| ふりがな | | **年会費口数（　　口）、合計（　　円）** |
|---|---|---|
| お名前 | 印 | Eメール<br>@ |
| | | 携帯番号（　　）　　― |
| ※連絡先について、該当する箇所に✔をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。<br>☐施設と同じ | | |
| ☐その他 | 住所　〒　　－ | |
| | 法人等名称 | |
| | TEL（　　）　　― | FAX（　　）　　― |

| ふりがな | | **年会費口数（　　口）、合計（　　円）** |
|---|---|---|
| お名前 | 印 | Eメール<br>@ |
| | | 携帯番号（　　）　　― |
| ※連絡先について、該当する箇所に✔をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。<br>☐施設と同じ | | |
| ☐その他 | 住所　〒　　－ | |
| | 法人等名称 | |
| | TEL（　　）　　― | FAX（　　）　　― |

| ふりがな | | **年会費口数（　　口）、合計（　　円）** |
|---|---|---|
| お名前 | 印 | Eメール<br>@ |
| | | 携帯番号（　　）　　― |
| ※連絡先について、該当する箇所に✔をしてください。その他の場合は、指定する連絡先をご記入ください。<br>☐施設と同じ | | |
| ☐その他 | 住所　〒　　－ | |
| | 法人等名称 | |
| | TEL（　　）　　― | FAX（　　）　　― |

ご記入いただきましたら、下記へFAXまたは郵送にてお送りください。

FAX返信先：03-5425-1781

※いただいた個人情報は連盟の活動のみに使用し、
第三者に開示することはありません。

郵送先・連絡先　全国老人保健施設連盟
〒105-0011　東京都港区芝公園2-6-15
黒龍芝公園ビル6階