

静岡県老人福祉施設協議会入会申込書

下記のとおり、貴会に入会を申し込みます。

フリガナ 施設名							電話・FAX番号	
フリガナ ※併設デイ施設名							電話・FAX番号	
フリガナ 施設長 職氏名								
フリガナ 施設所在地	〒						E-mail	
開設年月日	昭和・平成・令和 年 月 日							
入会予定年月日	令和 年 月 日							
施設種別 及び定員 (種別該当欄に ○印を記入)	施設種別	養護	特養	軽費	ケアハウス	デイサービス	短期	
	○印欄							
	定員	人	人	人	人	人	人	
設置 (運営) 主体	フリガナ 名称					フリガナ 代表者 職氏名		
	所在地	〒				電話番号		
						FAX番号		
						E-mail		
備考								

令和 年 月 日

静岡県老人福祉施設協議会

会長 様

施設名 _____

施設長名 _____

(印)