

入会申込書

令和 年 月 日

公益社団法人埼玉県介護老人保健施設協会会長 殿

公益社団法人埼玉県介護老人保健施設協会に入会を申し込みます。

(ふりがな)
施設名
(ふりがな)
入会希望者氏名

印

所在地	〒	
	電話	FAX
理事長		
管理者		
設置主体名 (医療法人〇〇会等)		
連絡担当者	氏名	職名
施設の概要	1 開設年月日	年 月 日
	2 形態	イ 新設型 ロ 転換型
		イ 併設型 ロ 独立型
	3 入所定員	名(内、認知症専門棟 名)
4 通所定員	名	
E-mail		
併設施設		
備考		

併設施設：居宅介護支援事業所、訪問介護、訪問看護、訪問リハ、地域包括支援センター等