

自署押印のうえ各支部へ郵送により送付またはFAXにより送信くださいますようお願い申し上げます。  
※支部未設置県につきましては東京事務局までお送りください。

様式 3

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会  
**入会申込書(賛助会員)**

平成 年 月 日

公益社団法人  
日本認知症グループホーム協会 会長 殿

(ふりがな)

法人・団体名

(ふりがな)

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)	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

※一口 10,000円

団体会員三口以上 個人会員一口以上

※枠内の部分についてご記入下さい。

※重要なご案内をお送りいたしますので E-mail 含めて必ずご記入くださいますようお願い致します。

団体会員	(ふりがな) 団体名		
(ふりがな) 代表者名		(ふりがな) 担当者名	
住所	〒		
電話・FAX	TEL:	FAX:	
E-Mail			
<input type="checkbox"/> メールマガジン配信希望		※メールマガジンの配信を希望される方は✓をいれてください	
備考			
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記記載住所	<input type="checkbox"/> 別途指定	※いずれかに✓をいれてください
請求書 送付先情報	送付先名:	ご担当者:	
	送付先住所: 〒	TEL:	FAX:

個人会員	(ふりがな) 氏名		
住所	〒		
電話・FAX	TEL:	FAX:	
E-Mail			
<input type="checkbox"/> メールマガジン配信希望		※メールマガジンの配信を希望される方は✓をいれてください	
備考			
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 上記記載住所	<input type="checkbox"/> 別途指定	※いずれかに✓をいれてください
請求書 送付先情報	送付先名:	ご担当者:	
	送付先住所: 〒	TEL:	FAX:

〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 8階

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 TEL:03-5366-2157/FAX:03-5366-2158