

## 入会（再入会）申込書

平成 年 月 日

滋賀県老人福祉施設協議会会長 様

郵便番号 \_\_\_\_\_

施設所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

貴会に入会（再入会）を希望しますので、下記のとおり申し込みます。

施設名	ふりがな	種別		定員	名
所在地	〒 —	TEL		— —	
		FAX		— —	
		E-Mail			
施設長名	ふりがな	開設年月日	平成 年 月 日		

### 併設施設

施設名	ふりがな	種別		定員	名
施設名	ふりがな	種別		定員	名
施設名	ふりがな	種別		定員	名

経営主体	ふりがな	代表者氏名	ふりがな		
所在地	〒 —	TEL		— —	
		FAX		— —	

（注）再入会の場合は、その理由を別紙に書いてください。