

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		
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

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。

施設の種類		定員
1. 特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム		
①定員 120 人以上	施設名： 所在地：	名
②定員 80 名以上 119 人以下	施設名： 所在地：	名
③定員 31 人以上 79 人以下	施設名： 所在地：	名
④定員 30 人以下 地域密着型特養含む	施設名： 所在地：	名
⑤併設のショートステイ	施設名： 所在地：	名
2. ケアハウス		
①単独型ケアハウス (定員 50 名以上)	施設名： 所在地：	名
②サテライト型ケアハウス (定員 50 名以上)	施設名： 所在地：	名
③併設ケアハウス (定員 50 名未満)	施設名： 所在地：	名
3. 上記に該当しない施設及び居宅サービス・地域密着型サービス事業所等（1カ所につき） ※（通所介護・訪問介護・訪問看護・GH・居宅介護支援等）		
①単独型施設・事業所	施設名： 所在地：	名
	施設名： 所在地：	名
	施設名： 所在地：	名
②併設およびサテライト施設・事業所	施設名： 所在地：	名
	施設名： 所在地：	名
	施設名： 所在地：	名

※ 上記の「併設型」とは、主となる施設と同一敷地内に設置された施設とします。

※ 年会費のお振込みにつきましては、6月に請求書をお送りいたしますので
請求書に記載されている振込先までお願いいたします。

入会（再入会）申込書

平成30年 4月 1日

滋賀県老人福祉施設協議会会長 様

郵便番号 525-0072

施設所在地 草津市笠山〇丁目〇-〇

代表者名 滋賀 琵琶子

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 <u>とくべつようごろうじんほむ びわのかぜ</u>	種別	特別養護老人ホーム	
	<u>特別養護老人ホーム びわの風</u>			
所在地	<u>〒525-0072</u> <u>滋賀県草津市笠山〇丁目〇-〇</u>		TEL	<u>077-567-****</u>
			FAX	<u>077-567-****</u>
			E-Mail	<u>biwakaze@*****.jp</u>
施設長名	ふりがな <u>しが びわこ</u>	開設年月日	平成 <u>30</u> 年 <u>3</u> 月 <u>1</u> 日	
	<u>滋賀 琵琶子</u>			

経営主体	ふりがな <u>しゃかいふくしほうじん びわこしゅうこうかい</u>	代表者氏名	ふりがな <u>おおつ うみこ</u>	
	<u>社会福祉法人 琵琶湖周航会</u>		<u>大津 湖子</u>	
所在地	<u>〒520-0077</u> <u>滋賀県大津市京町〇丁目〇-〇</u>		TEL	<u>077-567-****</u>
			FAX	<u>077-567-****</u>

(注) 再入会の場合は、その理由を別紙に書いてください。

施設の種類		定員
1. 特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム		
①定員 120 人以上	<small>ありがな</small> 施設名： とくべつようごろうじん 特別養護老人ホーム びわの風 <small>かぜ</small> <small>ありがな</small> 所在地： 滋賀県草津市笠山〇丁目〇ー〇	150 名
②定員 80 名以上 119 人以下	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
③定員 31 人以上 79 人以下	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
④定員 30 人以下 地域密着型特養含む	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
⑤併設のショートステイ	<small>ありがな</small> 施設名： ショートステイびわの風 <small>かぜ</small> <small>ありがな</small> 所在地： 滋賀県草津市笠山〇丁目〇ー〇	20 名
2. ケアハウス		
①単独型ケアハウス (定員 50 名以上)	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
②サテライト型ケアハウス (定員 50 名以上)	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
③併設ケアハウス (定員 50 名未満)	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
3. 上記に該当しない施設及び居宅サービス・地域密着型サービス事業所等（1カ所につき） ※（通所介護・訪問介護・訪問看護・GH・居宅介護支援等）		
①単独型施設・事業所	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
②併設およびサテライト施設・事業所	<small>ありがな</small> 施設名： グループホームびわの風 <small>かぜ</small> <small>ありがな</small> 所在地： 滋賀県草津市笠山〇丁目〇ー〇	30 名
	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名
	<small>ありがな</small> 施設名： <small>ありがな</small> 所在地：	名

※ 上記の「併設型」とは、主となる施設と同一敷地内に設置された施設とします。

※ 年会費のお振込みにつきましては、6月に請求書をお送りいたしますので
請求書に記載されている振込先までお願いいたします。