

「山口県デイサービスセンター協議会」

入会申込書

令和 年 月 日現在

※本票は事業所ごとに必要です

事業所名			
開設年月日	年	月	日
所在地	〒 -		
TEL 番号	() -	FAX 番号	() -
Eメール アドレス			
ホームページ URL			
運営形態 /規模	1 単独型通所介護 2 併設型通所介護 3 認知症対応型単独型通所介護 4 認知症対応型併設型通所介護 5 その他	I 定員 10 人以下 II 定員 11 人以上 18 人以下 III 定員 19 人以上	
併設施設種別 併設施設名	※運営形態で 2, 4 に○の場合の併設施設名 1 特養 2 養護 3 軽費 4 老健 5 病院 6 その他() <施設名> _____		
同一法人下で県デイ協に複数の事業所が加入している場合		1 当事業所が最も大きな事業所 2 その他	

運営主体名	1 社会福祉法人 2 医療法人 3 株式・有限 4 NPO 法人 5 その他()		
代表者氏名			
所在地	〒 -		
TEL 番号	() -	FAX 番号	() -
設置主体	運営主体と違う場合のみご記入ください。		

山口県デイサービスセンター協議会 会長 様

上記事業所の入会を申し込みます。

令和 年 月 日

代表者氏名 _____ 印