（様式第１５号）

一般財団法人長野県社会福祉施設利用者互助会

会　長　　　　　　　　　　　　　 様

　支　部　加　入　申　込　書

　当施設は、一般財団法人長野県社会福祉施設利用者互助会の付添介護保険の支部業務及び行動規範を理解し、支部加入を申込みます。

年　　　月　　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　　　　― |
| 法人名 |  |
| 施設名　 |  |
| 施設の代表者名 | ㊞ |
| 施設の電話番号 |  (　　　　　)　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設のＦＡＸ番号 | (　　　　　)　　　　　―  |
| 施設のメールアドレス |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  事務局記入欄 | 受付年月日 | 支部番号 | 支部加入承諾書送付日 | 備　　考 |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |