

「 21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会 」

(略称「21・老福連」) 加入申込書

フリガナ			法人名				
代表者氏名			施設名				
役職			施設種別	特養・養護・デイ・ショート・ケアハウス その他 ()			
勤務先住所 自宅住所	〒						
どちらかをご記入ください							
TEL							
FAX							
E-mail							
ホームページ	(リンク 可・否)						
会員の種別	施設会員	基本額	特養(ショート含む)50床未満	3万円	加算条件 (あり・なし)	計	万円
			特養(ショート含む)50床以上80床未満	5万円	加算条件 (あり・なし)	計	万円
			特養(ショート含む)80床以上	6万円	加算条件 (あり・なし)	計	万円
			特養以外	3万円		計	万円
			加算条件：施設種別が特養(上記) でデイサービス併設の場合には 加算額1万円				
	賛助会員	年会費 1口 1万円(ただし、65歳以上の方は1口3千円)		口		計	万円
公表の可否	名簿等作成の場合、公表の可否 (可 ・ 否)						
ご意見・ご要望							

上記太枠内に必要事項記入の上、郵送かFAXにて下記までお申し込み下さい。

〒543-0045

大阪府大阪市天王寺区寺田町2の5の6の902 21・老福連 事務局

TEL 06-6770-1600 FAX 06-6770-1611

なお、会費については下記口座もしくは郵便振替にて、別途お振込み下さい。

【 振込先 】

三菱東京UFJ銀行 寺田町支店 普通

口座：0046940 名義：21・老福連 (ニジュウイチ・ロウフクレン)

郵便振替

口座：00950-5-108908 名義：21・老福連 (ニジュウイチ・ロウフクレン)