

岡山県通所リハビリテーション協議会入会申込書

岡山県通所リハビリテーション協議会会長 殿

この度岡山県通所リハビリテーション協議会に入会したいと思いますので申し込み致します。

年 月 日

事業所名			
法人名			
サービス内容	通所リハビリテーション ・ 重度認知症デイ・ケア ・ 通所介護		
住 所	郵便番号 _____ 住 所 _____ TEL番号 () — FAX番号 () —		
入会希望者名	正会員	氏名	役職 印
	準会員	氏名	職種
	賛助会員	氏名	
連絡担当者名	氏名		
名簿掲載の承諾	☐ 許 可 す る ☐ 許 可 し な い		

尚、会員には 正会員 通所リハビリテーション,重度認知症デイケア,通所介護実施機関の代表者
 準会員 正会員以外の通所リハビリテーション、重度認知症デイ・ケア、通所介護
 実施機関の職員及び開設準備施設
 賛助会員 その他の入会を希望する個人または団体

が該当します