

北海道社会福祉協議会入会申込書

貴会の目的に賛同し、定款第 19 条及び会員規程を承認し入会申し込みをいたします。

平成 年 月 日

社会福祉法人北海道社会福祉協議会 会長 様

社会福祉施設名

施設長名 _____ 印

ふりがな 施設長名			施設の区分・種別 区分 種別
ふりがな 施設名			
住所	〒 _____		
TEL・FAX	TEL (_____) _____ / FAX (_____) _____		
設置主体	道・市・町・村・社福・社団・財団・宗法・団体・個人 ※いすれかに○		
経営主体	道・市・町・村・社福・社団・財団・宗法・団体・個人 ※いすれかに○		
事業所区分 (デイのみ記載)	<input type="checkbox"/> 通所介護事業所（下記併設を含む） <input type="checkbox"/> 生きがいデイサービス ※いすれかにチェック <input type="checkbox"/> 身体障害者デイサービスセンター		
定員・職員数	定員 _____ 名 (デイは記載不要)	職員数 _____ 名 (正規職員のみ)	
ベッド数 (特養のみ記載)	ベッド数 _____ 床	ショートステイベッド数 _____ 床	
設立年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 設立		

設置義務者 及び 法人代表者	市町村名 _____			
	法人名 _____	職名 _____	氏名 _____	

所属種別協議会

登録No.

北海道社会福祉協議会入会申込書

貴会の目的に賛同し、定款第 19 条及び会員規程を承認し入会申し込みをいたします。

平成 年 月 日

社会福祉法人北海道社会福祉協議会 会長 様

社会福祉施設名

施設長名 _____ 印

ふりがな 施設長名			施設の区分・種別 区分 種別
ふりがな 施設名			
住所	〒 _____		
TEL・FAX	TEL (_____) _____ / FAX (_____) _____		
設置主体	道・市・町・村・社福・社団・財団・宗法・団体・個人 ※いずれかに○		
経営主体	道・市・町・村・社福・社団・財団・宗法・団体・個人 ※いずれかに○		
事業所区分 (デイのみ記載)	<input type="checkbox"/> 通所介護事業所（下記併設を含む） <input type="checkbox"/> 生きがいデイサービス ※いずれかにチェック <input type="checkbox"/> 身体障害者デイサービスセンター		
定員・職員数	定員 _____ 名 (デイは記載不要)	職員数 _____ 名 (正規職員のみ)	
ベッド数 (特養のみ記載)	ベッド数 _____ 床	ショートステイベッド数 _____ 床	
設立年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 設立		

設置義務者 及び 法人代表者	市町村名			
	法人名			
	職名		氏名	

所属種別協議会

登録No.

北海道社会福祉協議会入会申込書

貴会の目的に賛同し、定款第 19 条及び会員規程を承認し入会申し込みをいたします。

平成 年 月 日

社会福祉法人北海道社会福祉協議会 会長 様

社会福祉施設名

施設長名 _____ 印

ふりがな 施設長名			施設の区分・種別 区分 種別
ふりがな 施設名			
住所	〒 _____		
TEL・FAX	TEL (_____) _____ / FAX (_____) _____		
設置主体	道・市・町・村・社福・社団・財団・宗法・団体・個人 ※いすれかに○		
経営主体	道・市・町・村・社福・社団・財団・宗法・団体・個人 ※いすれかに○		
事業所区分 (デイのみ記載)	<input type="checkbox"/> 通所介護事業所（下記併設を含む） <input type="checkbox"/> 生きがいデイサービス ※いすれかにチェック <input type="checkbox"/> 身体障害者デイサービスセンター		
定員・職員数	定員 _____ 名 (デイは記載不要)	職員数 _____ 名 (正規職員のみ)	
ベッド数 (特養のみ記載)	ベッド数 _____ 床	ショートステイベッド数 _____ 床	
設立年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 設立		

設置義務者 及び 法人代表者	市町村名			
	法人名			
	職名		氏名	

所属種別協議会

登録No.

入会申込書（正会員及び準会員）

（施設種別ごとに作成のうえお申込ください）

平成 年 月 日

公益社団法人全国老人福祉施設協議会 会長 殿

住 所

ふ り が な

施設・事業所名

代 表 者

印

T E L

F A X

メールアドレス

HP ア ド レ ス

開 設 年 月 日

昭和 平成 年 月 日

当施設・事業所は、下記のとおり貴会に入会を申し込みます。

記

1. 入会希望年月 平成 年 月

2. 入会を希望する施設種別と定員

施設種別		
内訳区分		
分類記号		
定員	入所、通所、 単独型短期入所	人
	併設型短期入所 (特養等の施設に併設)	人
ユニット数 (グループホームの場合)		ユニット

※ 施設種別等の分類は、別紙「施設種別一覧表」を参照のうえ、ご記入ください。

※ 各種施設においてショートステイが併設されている場合には、施設と併設ショートステイの同時入会となります。

※ 会費額は、本会ホームページに掲載の「会員規程」及び「会費額一覧表」をご確認ください。

3. 設置法人及び運営法人情報

項目	運営法人	設置法人
ふりがな		
名称		
所在地(住所)	〒	〒
ふりがな		
代表者氏名		
電話番号		
FAX番号		
E-mail		
HPアドレス		
設立年月日	昭和・平成	昭和・平成

※ 設置法人とは、正会員が所属する施設又は事業所を所有する法人をいう。
 ※ 運営法人とは、正会員が所属する施設又は事業所の運営を行っている法人をいう。

4. <入会申込書>送付先

都道府県・政令指定都市協議会にお送りください。

[確認欄]

都道府県・政令指定都市
 協議会名

印

[問合せ先]

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-1 塩崎ビル2階
 公益社団法人全国老人福祉施設協議会 (TEL 03-5211-7700 FAX 03-5211-7705)

※【本会記入欄】

〔整理No〕

(別紙) 会員 施設種別一覧表

施設種別	内訳区分	分類記号
養護老人ホーム	一般	010101
	盲	010102
特別養護老人ホーム	従来型	010201
	準個室・個室ユニット型	010202
	混合型/従来型+準個室・個室ユニット型	010203
	措置施設	010204
軽費老人ホーム	A型	010301
	B型	010302
軽費老人ホーム(ケアハウス)	一般	010401
	特定施設入居者生活介護指定	010402
	ユニット型+特定施設入居者生活介護指定	010403
老人保健施設		010501
介護療養型医療施設		100601
有料老人ホーム		010701
老人デイサービスセンター		011001
通所リハビリテーション事業所		011101
短期入所生活介護事業所	単独型	012001
短期入所療養介護事業所		012101
訪問介護事業所		013001
訪問入浴介護事業所		013101
訪問看護事業所		013201
訪問リハビリテーション事業所		013301
居宅療養管理指導事業所		013401
高齢者生活福祉センター		014001
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護施設		015001
地域密着型特定施設入居者生活介護施設		015101
認知症対応型共同生活介護事業所		015201
小規模多機能型居宅介護事業所		015301
夜間対応型訪問介護事業所		015401
認知症対応型通所介護事業所		015501
居宅介護支援事業所		018001
地域包括支援センター		018101
在宅介護支援センター	標準型	018201
	基幹型	018202
その他の 老人福祉施設・事業所	老人福祉センター	019901
	老人性痴呆疾患センター	019902
	老人憩いの家	019903
	老人休養ホーム	019904
	その他の老人福祉施設・事業所	019999
保護施設		020101
身体障害者デイサービス事業		030101
その他の障害者施設・事業所		039901
保育所		040101
その他の児童母子福祉施設・事業所		049901
その他の社会福祉施設		059901
幼稚園		990101
病院		990201
診療所		990301