記入日：　　年　　月　　日

一般社団法人全国訪問看護事業協会入会申込書

一般社団法人全国訪問看護事業協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

□ 準 会 員（開 設 予 定 者）

入会希望日：　　年　　月　　日

訪問看護ステーション開設予定日：　　年　　月　　日

・入会希望日について、入会と同時に訪問看護事業者総合補償制度に加入する場合は、加入申込票の保険期間の開始日と同日かそれより前の日付をご記入ください。
・準会員（開設予定者）の１月１日～３月 31 日の入会は年会費が半額となります。
・本申込書は必ず原本をお送りください。
・訪問看護ステーション開設後は正会員（事業者）に移行するため、「開設届・正会員（事業者）会員種別変更届」をご提出ください。受付後に正会員（事業者）の入会通知書をお送りします。

会員番号	＊協会記入欄　W

フリガナ 事業者名 （医療法人・株式会社などの法人名）	印
フリガナ 代表者名	印 職名：会長・理事長・代表取締役・その他（　　）
事業者所在地	〒　　－ 都・道 府・県 電話番号　　－　　－　　ＦＡＸ番号　　－　　－
メールアドレス	
ホームページアドレス	http://
どこで当協会を知りましたか	□ﾈｯﾄ検索　□研修会　□郵送物　□書籍　□他の事業所の紹介 □その他（　　）
本件に関する連絡先	担当者名：　　電話番号：　　－　　－
※上記の「事業者名」と行政に指定を受けた法人が異なる場合のみご記入ください。 【指定訪問看護事業者】	フリガナ 事業者名 所在地 電話番号　　－　　－　　ＦＡＸ番号　　－　　－

◎郵便・配送物送付先（ご希望の送付先に〇をお付け下さい）

１．代表者　　２．担当者（下欄にご記入下さい）

送付先住所 （機関紙、制度情報、年会費請求、等）	〒　　－ 都・道 府・県 電話番号　　－　　－　　ＦＡＸ番号　　－　　－
送付先名称	
担当者名	

◎みなしの訪問看護を実施している場合は以下にご記入ください。

フリガナ 施設名	
施設住所	〒　　－ 都・道 府・県 電話番号　　－　　－　　ＦＡＸ番号　　－　　－
メールアドレス	