

一般社団法人 新潟県老人福祉施設協議会 入会申込書

施設・事業所名	ふりがな		定員	入所	短期	通所
				名	名	名
種別	※1 番号をご記入願います。	デイサービスセンター 運営形態	※2 該当する番号に○印を付けてください。			
			1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ()			
介護保険事業者番号						
所在地	〒 _____ ふりがな _____					
TEL			FAX			
E-mail				施設開設年月日		
				平成	年	月 日
ホームページ	有 () … アドレス ()		本会ホームページとのリンクについて 可 () ・ 不可 ()			
	無 ()					
管理者氏名	ふりがな		施設長氏名	ふりがな		
法人等名称	ふりがな		所在地	〒 _____		

※1 種別

- | | |
|------------------|---------------------|
| 特別養護老人ホーム・・・1 | 地域包括支援センター・・・8 |
| 養護老人ホーム・・・2 | 訪問介護事業所・・・9 |
| 軽費老人ホーム・・・3 | 居宅介護支援事業所・・・10 |
| ケアハウス・・・4 | グループホーム・・・11 |
| 短期入所施設（単独）・・・5 | 小規模多機能型居宅介護・・・12 |
| 老人デイサービスセンター・・・6 | 特定施設入居者生活介護・・・13 |
| 在宅介護支援センター・・・7 | 地域密着型特別養護老人ホーム・・・14 |

※2 デイサービスセンター運営形態

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1・・・通所介護 | 3・・・認知症対応型通所介護 |
| 2・・・介護予防通所介護 | 4・・・介護予防認知症対応型通所介護 |

事業者指定通知書等認可書類の写しとパンフレット等も添付すること