

# 全国病児保育協議会 入 会 届

平成 年 月 日

一般社団法人 全国病児保育協議会

会長 大川 洋二 殿

このたび、全国病児保育協議会に

	補助受託施設	補助未受託施設 または未開設
入会金	10,000円	
事業年会費	25,000円	12,000円
合計	35,000円	22,000円

合計 円 を添えて、申し込みます。

【振込先】ゆうちょ銀行

口座番号 00170-2-420106

口座名義 全国病児保育協議会

代表者名	役職		氏名	
病児保育施設名				
都道府県名		郵便番号	-	
住所				
T E L	- -		F A X	- -
e - m a i l	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	アドレス			
ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	アドレス			
病児保育事業開始年月日		<input type="checkbox"/> 開設中(平成 年 月 日)		
		<input type="checkbox"/> 準備中		
		<input type="checkbox"/> 今後開設を検討中		
施設形態	<input type="checkbox"/> 医療機関併設型 <input type="checkbox"/> 保育園併設型 <input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 乳児院併設型 <input type="checkbox"/> 児童養護施設併設型 <input type="checkbox"/> その他( )			
事業類型	<input type="checkbox"/> 病児対応型 <input type="checkbox"/> 病後児対応型 <input type="checkbox"/> 体調不良児対応型 <input type="checkbox"/> 非施設型(訪問型)			
補助金受託の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
病児保育室の定員	名	保育室の数	室 (感染室 _____ 室を含む)	
病児保育室担当者名	職名		氏名	

※入会届は郵送にて事務局までお送りください。

【入会届送付先】 〒160-8306 東京都新宿区西新宿5-25-11-2F 日本小児医事出版社内

一般社団法人 全国病児保育協議会 事務局