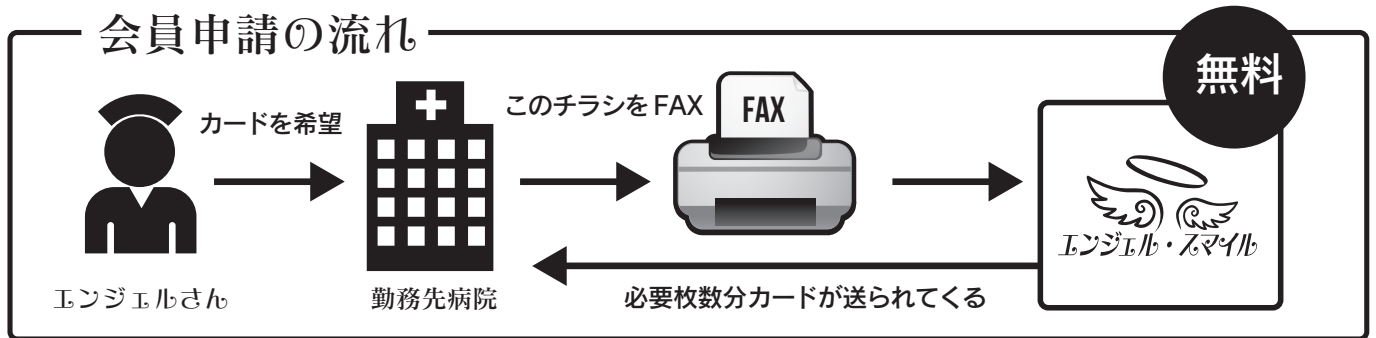


届出日 年 月 日

病院施設名	
施設区分 <small>※いずれかに○をつけて下さい。</small>	総合病院・病院・医院・診療所 介護サービス・その他 ( )
住所	〒 TEL( ) ・ ・
担当者名	
メールアドレス	
カードの希望枚数	枚

**FAX:076-231-2351**



- 申し込みは、エンジェルスマイル公式サイトからも可能です。
- 会員証は、ご担当者様にまとめてお届けします。(申し込み受け付けから1カ月以内に発送いたします)

**Q&A 良くある質問**

Q. 入会金は必要ですか？	A. いいえ。入会金や年会費は一切頂いていません。
Q. 有効期限はありますか？	A. 有効期限はございません
Q. 職種は限られますか？	A. 医療、介護、福祉施設にお勤めの方であればどなたでもご入会いただけます。(事務、栄養士、薬剤師、パートでも可)
Q. 1枚の会員証で何名まで利用できますか？	A. 加盟店によって異なります。ご利用前に加盟店にご確認ください。
Q. 会員カードを紛失した場合はどうなりますか？	A. 紛失届を提出していただきます。(FAX、メールにて送付)
Q. 退職した場合はどうなりますか？	A. 退職時に施設のご担当者様にご返却下さい。

NPO法人

**エンジェル・スマイル**

事務局 連絡先: 〒921-1157 石川県金沢市

田上さくら3丁目1番地GR553ビル3F TEL&FAX:076-231-2351

公式サイト<http://angelsmile.net>