

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会入会申込書

代表幹事 様

記入例
(個人)

次のとおり、入会を申込みます。

☐法人 ☒個人※ (□のどちらかに☑を入れてください)

フリガナ	シャカイフクシホウジン サイタマ			
法人名称	社会福祉法人 さいたま			
法人の所在地	(〒336-8633) 埼玉県さいたま市浦和区常盤 1-2-3			
連絡先	電話番号	048-123-4567	FAX番号	048-123-9876
	メールアドレス	〇〇〇. 〇〇@ j p		
法人の種別	医療法人・株式会社・有限会社・ <u>社会福祉法人</u> その他 ()			
代表者の職名・氏名	職 名	理事長	フリガナ	サイタマ カイゴ
			氏 名	埼玉 介護
フリガナ	サイタマ サイコ		所持資格	介護支援専門員
氏 名 ※個人での申込のみ	埼玉 さい子		※個人での申込のみ	

案内等送付先 ☐法人宛 ☐主な事業所宛 ☒個人宛※個人での申込のみ (□のいずれかに☑を入れてください)

主な事業所宛 (さいたま市内で介護保険指定サービスを受けている事業を記入してください。)

	指定サービス名	事業所名	事業所所在地	TEL・FAX
主な事業所	居宅介護支援	居宅介護支援 さいたま	(〒336-8633) さいたま市浦和区 常盤 1-2-3	T 〇〇〇-〇〇〇〇 ・ F 〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇. 〇〇@ j p		
	担当者の職名・氏名	職 名	管理者	フリガナ 氏 名
				サイタマ サイコ 埼玉 さい子
他の事業所			(〒 -)	T ・ F
他の事業所			(〒 -)	T ・ F
他の事業所			(〒 -)	T ・ F
他の事業所			(〒 -)	T ・ F

個人宛 ※個人での申込のみ

住 所	(〒330-1111) さいたま市浦和区常盤11-1 マンションさいたま202			
連絡先	電話番号	048-987-6534	FAX番号	048-987-3421
	メールアドレス	〇〇〇. 〇〇@ j p		

※必要に応じてコピーしてご記入ください。
※変更があった場合は、事務局に連絡してください。