

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

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			
法人名称			
法人の所在地	(〒 -)		
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		
法人の種別	医療法人・株式会社・有限会社・社会福祉法人・その他 ()		
代表者の職名・氏名	職名		フリガナ
			氏名
フリガナ			所持資格 ※個人での申込のみ
氏名 ※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。)

主な事業所	指定サービス名	事業所名	事業所所在地	TEL・FAX
				(〒 -)
	メールアドレス			
	担当者の職名・氏名	職名	フリガナ	氏名
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	(〒 -)		
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		

※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。

事務局FAX (048) 782-6840