

匝瑳市介護保険事業者連絡会 御中

匝瑳市介護保険事業者連絡会 入会申込書

※ 1介護保険サービス事業の事業所ごとに記入しFAXにてお申込みください。

送信枚数

枚

枚

提供しているサービス種類										
申込み日	平成 年 月 日									
事業者名称 (法人名等)										
事業所名										
介護保険事業所番号										
事業所所在地	〒 —									
窓口担当者	役職					氏名				
電話番号						FAX				
Eメールアドレス	@									
会 費	1. 年会費として、1介護保険サービスごとに3,000円です。 2. 年度の途中で入会する場合においても上記同様です。 3. 年度の途中で退会しても会費の返還はありません。 4. 振込みに関わる手数料はご負担願います。									
振込み先										
申込み先 問い合わせ										
	TEL					FAX				
備 考										