

## 入会申込書

一般社団法人

茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会御中

平成 年 月 日

今般、茅ヶ崎市介護サービス事業者連絡協議会に入会を申込みます。

(法人住所)

(法人名)

(代表者名)

印

(※以下は、協議会からの連絡にご対応願える部署やご担当様の電話番号、メールアドレスの記載をお願いいたします。)

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

〒

住 所 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

提供している介護サービスの種類 \_\_\_\_\_

**所属部会** (所属済みを○で囲む。その他に希望する部会があれば所属希望を○で囲む。)

医療部会 (所属済み・所属希望) ケアマネ部会 (所属済み・所属希望)

施設部会 (所属済み・所属希望) 通所部会 (所属済み・所属希望)

訪問部会 (所属済み・所属希望) 地域密着型部会 (所属済み・所属希望)

**送付先:事務局FAX 050-5837-1484**

電話 : 070-1261-7738 E-mail : info@chigasaki-kaigo.com

※FAX送信後、この用紙を郵送にてご送付ください

〒253-0084 茅ヶ崎市円蔵1377-2

一般社団法人茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会 事務局 宛

※会費のお振込方法は追ってご連絡いたします