

令和元年度 中川区介護保険関連事業者連絡会 入会申込用紙

法人名			
事業所名 (複数の場合は代表)		担当者名 (役職名)	()
所在地	〒 -		
TEL	() -	FAX	() -
<p>①新規入会希望 ②会員を継続する ③現会員で退会を希望する</p> <p>いずれかに○をつけてください</p> <p>※①②の方は実施事業内容もご記入ください③の方はこの欄のみご記入の上ご返信ください。</p>			

※ 今年度より事業者連絡会は事業所単位の登録も可能となりました。
(記入欄が足りない場合は恐れ入りますが、コピーまたは別紙にご記入願います。)

※ なお、定例会等のお知らせは、上の枠にご記入頂いた「代表事業所」のみにお知らせします。ご了承ください。
複数事業所の方は、法人内でご対応をお願い致します。

※ 会費は4,000円/年となります。(10月1日以降の入会希望者は2,000円)
会費のお支払いは、入会が決定後口座振り込みとなります。(事務局よりご連絡させていただきます)

実施事業内容 (番号に○をつけ、各下段に事業所名をご記入ください。)

1. 居宅介護支援	2. 訪問介護	3. 訪問入浴
4. 訪問看護	5. 通所介護	6. 通所リハビリテーション
7. 短期入所生活介護	8. 短期入所療養介護	9. 福祉用具貸与・販売
10. 住宅改修	11. 介護老人福祉施設	12. 介護老人保健施設
13. 認知症対応型共同生活介護	14. 特定施設入所者生活介護	15. 訪問リハビリ
16. 訪問マッサージ	17. 小規模多機能	18. その他

※ご記入いただいた内容は、名簿として全会員に配布致します

事務局使用欄

NO.	FAX登録	入金確認 /
-----	-------	-----------