

令和5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	() -
メールアドレス			

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

いずれかに○をつけてください

※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。

- ※ 事業者連絡会は事業所単位の登録も可能です。
- ※ 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。
- ※ 令和5年度の年会費は4,000円/年となります。
会費のお支払いは、コロナ禍の中での事務処理の都合上、現金書留にてお願い致します。
(この入会申込書を提出していただきますと会費お支払いのご案内をメールでお送りいたします)
- ※ ご記入いただいた内容は、名簿として全会員に配布させていただきます。(メールアドレスは記載しません)

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

事務局使用欄

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