**入 会 申 込 届**

幸田町介護サービス事業者連絡協議会　会長様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 住　　所 | 〒　　 |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　― |
| FAX番号 | （　　　　　　）　　　　　― |
| 加　入事業所名 | ｻｰﾋﾞｽ種別 | 事業所名 | 担当者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 住　所　〒　　-電　話 （　　　）　　－　　　　　　　FAX（　　　）　　－　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| ｻｰﾋﾞｽ種別 | 事業所名 | 担当者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 住　所　〒　　-電　話 （　　　）　　－　　　　　　　FAX（　　　）　　－　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| ｻｰﾋﾞｽ種別 | 事業所名 | 担当者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 住　所　〒　　-電　話 （　　　）　　－　　　　　　　FAX（　　　）　　－　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| ｻｰﾋﾞｽ種別 | 事業所名 | 担当者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 住　所　〒　　-電　話 （　　　）　　－　　　　　　　FAX（　　　）　　－　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |

幸田町介護サービス事業者連絡協議会会則の趣旨に賛同し、同会則第４条第２項の規定にもとづき、入会を申し込みます。

　　令和　　年　　月　　日

住　　所

事業者名

代表者名