

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	サービス種別	事業所名	担当者氏名(フリガナ)
	住 所 〒 -		
	電 話 () -	FAX () -	
	メールアドレス		
	サービス種別	事業所名	担当者氏名(フリガナ)
	住 所 〒 -		
	電 話 () -	FAX () -	
	メールアドレス		
	サービス種別	事業所名	担当者氏名(フリガナ)
	住 所 〒 -		
	電 話 () -	FAX () -	
	メールアドレス		

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 _____ ㊟