

四條畷市介護保険事業者連絡会 入会届出書

平成 年 月 日

四條畷市介護保険事業者連絡会 代表幹事様

四條畷市介護保険事業者連絡会に入会を申し込みます。

1) 同一敷地内に1つしか事業所がない場合(法人内に事業所が1つのみの場合を含む)

法人名			
事業所名			
サービス種類			
代表者職名			
所在地			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			

2) 同一敷地内に複数事業所がある場合

法人名			
①代表事業所名			
サービス種類			
代表者職名			
所在地			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
②事業所名		③事業所名	
サービス種類		サービス種類	
代表者職名		代表者職名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
③事業所名		④事業所名	
サービス種類		サービス種類	
代表者職名		代表者職名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	

※ 記入欄が足りない場合は裏面を使用してください。

⑤事業所名		⑧事業所名	
サービス種類		サービス種類	
代表者職名		代表者職名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
⑥事業所名		⑨事業所名	
サービス種類		サービス種類	
代表者職名		代表者職名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
⑦事業所名		⑩事業所名	
サービス種類		サービス種類	
代表者職名		代表者職名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	