

金沢市介護サービス事業者連絡会 入会申込書

(法人名)

(代表者名)

印

金沢市介護サービス事業者連絡会 行

※入会を希望する場合は、下記の項目をご記入ください。

○法人について

ふりがな		ふりがな	
法人名		代表者名	
住 所	〒	電話番号	
		FAX番号	
E-mail			
ホームページ			

○実施サービスについて (欄が不足する場合は、用紙をコピーしてご利用ください。)

ふりがな		サービス種類	
事業所名		例) 居宅介護支援 訪問介護	
住 所	〒	電話番号	
		FAX番号	
E-mail			
ふりがな		サービス種類	
事業所名		例) 居宅介護支援 訪問介護	
住 所	〒	電話番号	
		FAX番号	
E-mail			