

FAX 77-5511 まで

令和8年度大垣市介護サービス事業者連絡会

会費振込み連絡票

振込日	令和 年 月 日						
法人名							
事業所名	 						
振込者名							
振込金額	円 【内訳】 <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ケアマネ部会</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>居宅サービス部会</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>施設サービス部会</td></tr></table> 加入希望の部会に○を記入してください。	<input type="checkbox"/>	ケアマネ部会	<input type="checkbox"/>	居宅サービス部会	<input type="checkbox"/>	施設サービス部会
<input type="checkbox"/>	ケアマネ部会						
<input type="checkbox"/>	居宅サービス部会						
<input type="checkbox"/>	施設サービス部会						

○振込者名の字数が多い場合、通帳にすべて記載されませんので、事業者名及び法人名を上記にしっかり記入してください。
必ず、振込み手続きをされる段階で、FAX ください。