

**大垣市介護サービス事業者連絡会
事務局行**

令和 年 月 日

大垣市介護サービス事業者連絡会 入会申込書(新規・継続)

大垣市介護サービス事業者連絡会への入会を次のとおり申し込みます。

※記入欄が不足する場合は、申込書をコピーし、複数枚でご記入ください。

法人ID	※法人IDは空欄のままで結構です。		
法人名			

加入希望部会	(○をつける) ケアマネ部会・居宅サービス部会・施設サービス部会		
事業所番号			
事業所名			
住所	〒 岐阜県		
電話		FAX	
ご担当者様名			
メールアドレス			

加入希望部会	(○をつける) ケアマネ部会・居宅サービス部会・施設サービス部会		
事業所番号			
事業所名			
住所	〒 岐阜県		
電話		FAX	
ご担当者様名			
メールアドレス			

加入希望部会	(○をつける) ケアマネ部会・居宅サービス部会・施設サービス部会		
事業所番号			
事業所名			
住所	〒 岐阜県		
電話		FAX	
ご担当者様名			
メールアドレス			