

神奈川県サービス事業所連絡協議会 入会申込書

送付先FAX : 045-624-9952

申込日 令和 年 月 日

申込区分 新規申込 既存会員(サービス追加 有 ・ 無)

事業所名			
フリガナ		TEL	()
名称		FAX	()
フリガナ			
住所	〒		
法人名			
加入部会 (入会されるサービス部会チェック、管理者名、記入下さい)			
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 管理者名	連絡先メールアドレス		
<input type="checkbox"/> 訪問介護 管理者名	連絡先メールアドレス		
<input type="checkbox"/> 訪問看護 管理者名	連絡先メールアドレス		
<input type="checkbox"/> 通所介護 管理者名	連絡先メールアドレス		
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 管理者名	連絡先メールアドレス		
<input type="checkbox"/> 福祉用具 管理者名	連絡先メールアドレス		
<input type="checkbox"/> その他 サービス内容 : 管理者名	連絡先メールアドレス		
年会費 振込先	1サービスあたり年会費 : 3,000円 専用の振込用紙をご使用ください		

※入会は事業所毎ではなく、各サービス部門毎となります。

※複数サービスの入会時はサービスごとに3,000円の年会費をちょうだい致します。

※途中解約時での年会費の返金は致しかねます