

一般社団法人全国介護事業者連盟  
北海道支部 一般会員(介護事業者)  
入会申込書

FAX

一般社団法人全国介護事業者連盟 北海道支部 行

011-612-0311

※必要事項を記載し、上記番号へFAXください。

申込日

平成

年

月

日

フリガナ			
法人名 事業者名			
代表者	役職	フリガナ	
		氏名	
代表者メール	@		
担当者	部課	フリガナ	
	役職	氏名	
フリガナ			
本社所在地	〒 -		
本社連絡先	TEL :	FAX :	
担当者連絡先	TEL :	FAX :	
担当者メール	@		
確認事項	※請求書や事務連絡を担当者宛にご連絡させていただきます。 HPの会員一覧に法人名等の記載(無料)を希望されない方は、チェックをお願い致します。 <input type="checkbox"/>		
利用者数 従業員数	総利用者数	人	総従業員数
	人		
※総利用者数は、施設サービスでは総入居者数、在宅サービスでは総登録者数を記入ください。 ※総従業員数は、本部職員、介護事業部門外職員、非常勤・パート職員を含む総従業員数を記載ください。			
介護事業所数	事業所数	事業所	
	※介護保険番号事業所毎の数をご記入下さい。		
子会社、関連法人も合わせてご入会頂く場合には、上記の事業所数・総利用者数・総従業員数はグループ全ての数字をご記入ください。			
◆子会社、関係法人の情報(法人数、法人名、代表者名、本店所在地)を下記にご記入ください。			
子会社 関連法人数	社	法人名 代表者名 本店住所	
会費	無料 (一般会員の会費は無料とさせていただきます。)		
ご意見・ご要望等がございましたら、どうぞお気軽にご記入ください。			

◎ここに記載された個人情報 は本事業の目的のみに使用し、全国介護事業者連盟以外の第三者に提供、開示等は致しません。

■問い合わせ 一般社団法人全国介護事業者連盟 北海道支部 事務局 (平日 9:00~17:00)

住所 : 北海道札幌市西区山の手1条1丁目3番地MOE Bldg2階

TEL : 011-612-0311