

函館市居宅介護支援事業所連絡協議会入会申込書

令和 年 月 日

函館市居宅介護支援事業所連絡協議会
会 長 渡 部 良 仁 様

貴会の目的に同意し入会申し込みを致します。

(ふりがな) 事業所名	
(ふりがな) 事業所管理者名	
事業所住所	〒 ー 函館市
	電話 ー FAX ー 担当者名
	メールアドレス
介護支援専門員数	名

通信欄

.....
.....
.....
.....

申し込み先 FAX : 58-1500 居宅介護支援事業所シンフォニー 宛

※ この用紙のみ送信ください