

東住吉区ケアマネ連絡会入会申込書 （ 新規・継続 ）

事業所	名 称	
	住 所	〒 変更なし
	メールアドレス	変更なし
	電 話	変更なし
	FAX	変更なし
	事業所番号	変更なし
	特定事業所加算	加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ ・ 加算Ⅲ ・ 算定なし
	事業所の圏域	東住吉区地域包括支援センター ・ 北地域包括支援センター 中野地域包括支援センター ・ 矢田地域包括支援センター
※継続入会で、住所・メールアドレス・電話・FAX・事業所番号に変更が無い場合は「変更なし」を“○”で囲んで下さい。また、すべて「変更なし」の場合も 太枠内 は必ず記入してください。		

加入ケアマネ氏名	ケアマネ 経験年数	管理者・主任ケアマネ (該当する方は“○”で囲んでください)
	年	管理者・主任ケアマネ
	年	管理者・主任ケアマネ
	年	管理者・主任ケアマネ
	年	管理者・主任ケアマネ
	年	管理者・主任ケアマネ
	年	管理者・主任ケアマネ
	年	管理者・主任ケアマネ

会費入金日 R7. 月 日

※E-Mail アドレスは、いつでも確認できるアドレスを記入してください。

PDFデータなどを添付することがあります。PDFデータを受信できるアドレスが望ましいです。

※入会申込書の情報は、個人情報保護法に基づき、名簿の作成など運営を円滑に行う目的以外に活用致しません。