E-mail :　snksjk@gmail.com
滋賀県南部介護サービス事業者協議会　事務局長
小川宛

滋賀県南部介護サービス事業者協議会入会申込書

滋賀県南部介護サービス事業者協議会会長　様

滋賀県南部介護サービス事業者協議会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

※太枠内をご記入ください。

フリガナ					
法人(事業者)名					
担当窓口	所在地(郵送先)	(〒　　－　　)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		E-MAIL	※会員メーリングリストへ登録しますのでご必ず記入ください。		
	担当者職・氏名	職名		氏名	

No.	事業所名称	所在地	サービス種類
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
計（　　）事業所			

事務局記入欄（記入不要）	年会費予定額	①法人基本額	10,000 円		
		②事業所加算額	500円×（　　）事業所 ＝（　　）円		
		計(①＋②)	（　　）円		
	加入申込受付年月日		確認	会費納入確認日	確認
	令和　　年　　月　　日			令和　　年　　月　　日	
	特記事項				