

第1号様式(第5条関係)

越谷介護保険サービス事業者連絡協議会 御中

入会申込書

越谷市介護保険サービス事業者連絡協議会へご加入いただく前に、必ず会則（以下「本会則」といいます）をお読みください。本会則には会員の権利と義務についての内容が含まれています。必要事項を記入し、FAXまたは事務局まで持参ください。

本会則に同意されない場合、越谷市介護保険サービス事業者連絡協議会へのお申し込みを受け付けることができません。また、越谷市介護保険サービス事業者連絡協議会にご入会された方は、本会則に同意されたものと見なされますので、必ずお読みください。

※ 本会則は公式サイト <http://www.k-renkyo.com> 入会案内よりご覧いただけます。

申込日	年 月 日		
事業者名	※同一事業所の主たる事業者名を記載してください。		
所在地	〒		
電話番号		FAX	
メールアドレス	@		
ホームページ URL	http://		
入会事業所情報 ※※3事業所以上ある場合は備考欄に必須情報を入力してください。			
事業所名①			
サービス種別			
ご担当者氏名		役 職	
事業所名②			
サービス種別			
ご担当者氏名		役 職	
事業所名③			
サービス種別			
ご担当者氏名		役 職	
備 考			
入会に関するお問い合わせ	越谷市介護保険サービス事業者連絡協議会 入会受付担当 吉尾 TEL 048-971-1211 FAX 048-971-1222 (輝の杜こしがや内)		