全国定期巡回·随時対応型訪問介護看護協議会 入会申込書

年 月 日

全国定期巡回・随時対応型訪問介護看護協議会事務局 行

貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

法 人	名 称	
	所在地	〒 −
主たる事業所の概要等	事業所名	
	所在地	〒 −
	TEL	
	FAX	
	Eメールアドレス	
	ホームページURL	
	定期巡回・随時対 応型訪問介護看護 の実施状況	開設年月日 : 平成・令和 年 月 日 開設予定・計画 : 平成・令和 年 月 開設予定
代 表 者	役職名	
	氏 名	印
	Eメールアドレス	
担当者 (連絡窓口)	所属部課・役職	
	氏 名	
	TEL	
	Eメールアドレス	

※申込書に記載された個人情報については、適切に管理を行い、本会の運営以外の目的に 使用することはありません。

<お問合せ先> 全国定期巡回・随時対応型訪問介護看護協議会 事務局

TEL: 03-6630-7488 FAX: 03-3340-3099

 $E \cancel{\lambda} - \cancel{\nu}$ office@24h-care.com