

## 協議会入会申込書 兼 会員事業所 登録票（変更）

葛飾区介護サービス事業者協議会 事務局宛 FAXでご返送ください。

FAX番号 03-5660-3059

葛飾区介護サービス事業者協議会の登録内容を 年 月 日 に変更いたします。

法人名	代表者 氏名	TEL	FAX
住所		Emailアドレス	

- ※ 葛飾区内にある全ての事業所をご記入ください。区内に事業所が無い場合は葛飾区を営業範囲としている事業所をご記入ください。
- ※ 協議会からのお知らせを受ける事業所を1か所決め、「連絡窓口」の欄に丸印をつけてください。
- ※ 事業所番号は介護保険事業指定番号（10ケタ）をご記入ください。会員管理に必要になります。
- ※ ご不明な点があれば、事務局 勅使河原までお問い合わせください。TEL 5629-5177

業種区分	連絡 窓口	事業所名	住所（本社と異なる場合のみ記入）	TEL	FAX	事業所番号（必須）

業種区分例：居宅介護支援・訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・通所介護・通所リハビリ・短期入所生活・短期入所療養・特定施設  
福祉用具貸与・住宅改修・特養・老健・療養病床・認知症グループホーム・認知症対応型デイサービス・小規模多機能・夜間対応型

この申込・登録に関する担当者		電話	Emailアドレス
----------------	--	----	-----------