

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会登録事項変更届

年 月 日

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会 様

下記のとおり変更がありましたので届けます。

会員法人名 _____

※変更のあった項目のみを記入してください。

| | | | |
|-----------|-------------------|--|-------|
| フリガナ | | | |
| 法人名称 | | | |
| 法人の所在地 | (〒 -) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 |
| Eメールアドレス | | | |
| 法人の種別 | | | |
| 代表者の職名・氏名 | 職名 | | フリガナ |
| | | | 氏名 |

介護保険指定サービスを受けている事業所 (さいたま市内の事業所について記入)
Eメールアドレスもご記入ください。 必要に応じてコピーしてご記入ください。

| | 指定サービス名 | 事業所名 | 事業所所在地 | TEL & FAX |
|-----------|---------|------|--------|-------------|
| 主な 事業所 | | | | T ・ F |
| Eメール | | | | |
| 他の 事業所 | | | | T ・ F |
| Eメール | | | | |
| 他の 事業所 | | | | T ・ F |
| Eメール | | | | |
| 他の 事業所 | | | | T ・ F |
| Eメール | | | | |
| 他の 事業所 | | | | T ・ F |
| Eメール | | | | |