年　　月　　日

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会入会申込書

（あて先）　代表幹事

次のとおり、入会したいので申込みます。

フリガナ				
法人名称				
法人の所在地	（〒　　－　　）			
	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（送付先）				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				
他の事業所				T・F
Ｅメール				

事務局　ＦＡＸ　　（０４８）７８２－６８４０

年　月　日

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会入会申込書

（あて先）　代表幹事

次のとおり、入会したいので申込みます。

入会は法人単位とします

フリガナ	シャカイフクシホウジン　サイタマ			
法人名称	社会福祉法人　さいたま			
法人の所在地	（〒３３６－８６３３） 埼玉県さいたま市浦和区常盤　１－２－３			
	電話番号	０４８-１２３-４５６７	FAX番号	０４８-１２３-９８７６
Ｅメールアドレス				
法人の種別	社会福祉法人			
代表者の職名・氏名	職名	理事長	フリガナ	サイタマ　カイゴ
			氏名	埼玉　介護

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（送付先）	居宅介護支援	居宅介護支援さいたま	さいたま市浦和区 常盤１－２－３	T ○○○－○○○○ F ○○○－○○○○
Ｅメール	○○○．○○@・・・・・・jp			
他の事業所	通所介護	デイサービスさいたま	さいたま市浦和区 常盤１－２－３	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				

事務局　ＦＡＸ　（０４８）７８２－６８４０