磐田ケアマネ連絡会入会届（　　　　年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| 氏　名（フリガナ） | 職種番号※1 | 主任ケアマネの有無 | 個人会費 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　下記の内容により、磐田ケアマネ連絡会への入会を申し込みます。

※1　①居宅ケアマネ　②施設ケアマネ　③サービス従事者　④その他（　　　　）

**賛助会費へのご協力**

　賛助金のご協力をいただける事業所様は事業所名（法人名）をご入力下さい。

事業所名は原則ホームページに記載させていただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名（法人名） | 所　在　地 | ホームページ記載（どちらかに○） |
|  |  | 可　・　不可 |
| 賛助金額 | 円 | |

**※納入金額　　　　　　円　（個人会費　　　　円：賛助会費　　　　円）**