

川西市介護保険サービス協会 加入申込書

事業所名 (又は法人・会社名)	
代表者氏名	
所在地	〒
電話番号	
FAX 番号	
実施の介護保険サービス事業の種類 (各事業所名)	
メールアドレス	
会費納入予定日	年 月 日

※ パンフレットなどございましたらご提出ください。

上記のとおり加入申し込みします。

川西市介護保険サービス協会

会長 成徳明 様

年 月 日

事業所名

代表者氏名