

会員用・非会員用

事業所 入会届・変更届・退会届

年 月 日 現在

1. 法人名称

法人名称			
代表者氏名			
法人住所	〒		
法人電話	- -	法人FAX	- -
ホームページ			

2. 事業所基本情報

東京都事業所 指定番号			
事業所種別			
事業所名称		定 員	名
管理者氏名		年会費金額	円
事業所住所	〒		
事業所電話	- -	事業所FAX (研修等のご案内をいたします)	- -
メールアドレス			

3. 会費納付責任者：

※原則、法人毎に一括納付

事業所名/所属部署			
担当者		電話番号	- -

-送付先-

一般社団法人町田市介護サービスネットワークFAX番号：042-851-9579

事務局 使用欄	受 付	入 力	経 理	事務局長	センター長	入金日