

高槻市介護保険事業者協議会 専門部会届出書

平成 年 月 日

高槻市介護保険事業者協議会 会長 様

法人・団体・会社名

下記のとおり専門部会の

<input type="checkbox"/>	入会
<input type="checkbox"/>	追加
<input type="checkbox"/>	変更
<input type="checkbox"/>	退会

を希望します。

連絡先事業所名

担当者名

電話番号

*上記いずれかに○を入れる

□サービス種別部会(入会必須)

該当部会に○	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援部会	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援部会	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援部会
	<input type="checkbox"/>	在宅サービス部会	<input type="checkbox"/>	在宅サービス部会	<input type="checkbox"/>	在宅サービス部会
	<input type="checkbox"/>	施設サービス部会	<input type="checkbox"/>	施設サービス部会	<input type="checkbox"/>	施設サービス部会
	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護部会	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護部会	<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護部会
事業所名						
事業所住所						
事業所指定番号						
管理者						
電話番号						
FAX番号						
メールアドレス						
担当者名						
備考						

□テーマ別部会(入会任意)

該当部会に○	<input type="checkbox"/>	地域包括ケアシステム部会	<input type="checkbox"/>	地域包括ケアシステム部会	<input type="checkbox"/>	地域包括ケアシステム部会
	<input type="checkbox"/>	介護人材育成部会	<input type="checkbox"/>	介護人材育成部会	<input type="checkbox"/>	介護人材育成部会
	<input type="checkbox"/>	認知症支援部会	<input type="checkbox"/>	認知症支援部会	<input type="checkbox"/>	認知症支援部会
事業所名						
事業所住所						
電話番号						
メールアドレス						
担当者名						

【 記入上の注意 】

* 入会時は、入会を希望する全ての事業所を記入して下さい

* 変更については、該当事項のみを記入、変更前と変更後がわかるようにして下さい