全国地域包括ケアシステム連絡会

会員登録票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人・団体名 | | 正会員  準会員 |
| 代表者氏名 | 役職 | |
| 担当者氏名 | 役職 | |
| 法人住所　　（〒　　　　－　　　　　） | | |
| 担当部署住所（〒　　　　－　　　　　　） | | |
| 連絡先　　　　　 電話番号　（　　　　 　（　　　　）　 　　　　　）  　携帯番号 　（　　 　　（　　　　）　　 　　　　）  ファクス番号（　　　　 　（　　　　）　 　　　　　） | | |
| メールアドレス　＊常に連絡が取れるものをお願いします。  （　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ご意見・ご要望等 | | |

＊お手数ですがファクス：0743-57-1170、あるいはmail：[h.takahashi@asunaraen.com](mailto:h.takahashi@asunaraen.com)

協同福祉会　経営政策室　高橋行）にて、返送をお願いします。