

# 福岡市介護保険事業者協議会 入会申込書

令和 年 月 日

福岡市介護保険事業者協議会  
会長 渡邊 恭 順 行  
(事務局 ふくおか福祉サービス協会)

協議会の設立趣旨に賛同し、入会を希望いたします。

法人名	(ふりがな) .....
所在地	〒 電話： FAX：
代表者	(ふりがな) 氏 名： 役 職 名：
連絡担当者	(ふりがな) 氏 名： (役職・肩書き： ) 部 署： 送付先住所：〒 直通電話： F A X： e-mail：
運営されている事業所をお書きください。	
①	④
②	⑤
③	⑥
指定介護サービスの事業内容 (該当する項目にチェック☐をご記入ください) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護 <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> (介護予防)特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防型訪問サービス <input type="checkbox"/> 生活支援型訪問サービス <input type="checkbox"/> 介護予防型通所支援 <input type="checkbox"/> 生活支援型通所支援 <input type="checkbox"/> 介護医療院	
<通信備考欄>	

注) 上記、太線枠の部分をご記入ください。

ファイルメーカー No.

Pc fax・i fax 登録：

返信先：F A X   **761-0877**   福岡市介護保険事業者協議会事務局