福岡市介護保険事業者協議会
入会申込書

平成　　年　　月　　日

福岡市介護保険事業者協議会
会　長　　古 賀　康 彦　　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）

- □ 居宅介護支援　□ (介護予防)訪問介護　□ (介護予防)訪問入浴介護
- □ (介護予防)訪問看護　□ (介護予防)訪問リハビリテーション
- □ (介護予防)居宅療養管理指導　□ (介護予防)通所介護
- □ (介護予防)通所リハビリテーション　□ (介護予防)短期入所生活介護
- □ (介護予防)短期入所療養介護　□ (介護予防)特定施設入居者生活介護
- □ (介護予防)福祉用具貸与　□ (介護予防)特定福祉用具販売
- □ 介護老人福祉施設　□ 介護老人保健施設　□ 介護療養型医療施設
- □ (介護予防)小規模多機能型居宅介護　□ 夜間対応型訪問介護
- □ (介護予防)認知症対応型通所介護　□ (介護予防)認知症対応型共同生活介護
- □ 地域密着型特定施設入居者生活介護　□ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所　□ 看護小規模多機能型居宅介護
- □ 地域密着型通所介護

＜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：ＦＡＸ　761-0877　福岡市介護保険事業者協議会事務局