

あきしま地域福祉ネットワーク入会申込書

平成 年 月 日

あきしま地域福祉ネットワーク会長 殿

法人名 _____

代表者名 _____ 印

あきしま地域福祉ネットワーク規約第5条の規定に基づき、あきしま地域福祉ネットワークの入会を申し込みます。

事業所名	
事業種別 (○をつけてください)	居宅支援 ・ 訪問介護 ・ 訪問看護/訪問リハビリ ・ 訪問入浴 通所介護 ・ 施設 ・ 福祉用具 ・ 病院 ・ その他
連絡担当者	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
E : m a i l	
備考	

※ 同事業所名で併設事業のある場合は備考欄にその旨をご記入ください。

あきしま地域福祉ネットワーク変更届

平成 年 月 日

あきしま地域福祉ネットワーク会長 殿

法人名 _____

代表者名 _____ 印

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

旧事業所名	
新事業所名	
事業種別 (変更後に○をつけてください)	居宅支援 ・ 訪問介護 ・ 訪問看護/訪問リハビリ ・ 訪問入浴 通所介護 ・ 施設 ・ 福祉用具 ・ 病院 ・ その他
連絡担当者	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
E : m a i l	
備考	

(注) 業種別以下は変更事項のみをご記入ください。

あきしま地域福祉ネットワーク退会届

平成 年 月 日

あきしま地域福祉ネットワーク会長 殿

法人名 _____

代表者名 _____ 印

下記のとおり、あきしま地域福祉ネットワークから平成 年 月 日をもって退会いたしますので、お届けいたします。

事業所名	
事業種別 (○をつけてください)	居宅支援 ・ 訪問介護 ・ 訪問看護/訪問リハビリ ・ 訪問入浴 通所介護 ・ 施設 ・ 福祉用具 ・ 病院 ・ その他
連絡担当者	
電話番号	
FAX番号	
退会理由 (任意)	
備考	

※ 同事業所名で併設事業のある場合は備考欄にその旨もご記入ください。