平成　　　年　　　月　　　日

一般社団法人愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会　御中

会員情報確認書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員区分＊  （いずれかに○） | 正会員 | | 個人会員 | | 賛助会員 |
| 法人名 |  | | | | |
| 事業所名  （こちらが会員になります） |  | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | |
| （事業所）  所在地＊ | 〒    （個人会員の方はご自宅の住所をご記入ください） | | | | |
| 居宅管理者 |  | | | | |
| 担当者＊ | 役職 |  | | 氏名＊ |  |
| 連絡先＊ | 電話＊ |  | | ＦＡＸ＊ |  |
| メール＊ | （メールでのご案内を予定しています。必ずご記入ください） | | | |
| 会費支払方法＊  （どちらかに○） | 口座振込  会費振込先口座へお振込ください  下記もご記入ください | | | 口座振替  「預金口座振替依頼書」をご提出ください | |
| 備考 | 口座振込の場合  口座振込名義人「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」 | | | | |

注１：個人会員は「＊」印のついた項目のみご記入ください。

注２：正会員は愛知県内の指定居宅介護支援事業者になります。法人では会員になれません。（指定居宅介護支援事業者の職員のみが会員になります）