

かなサポねっと 入会申込書・変更依頼書

送付先FAX : 045-624-9952

申込日 令和 年 月 日

申込区分 新規申込 既存会員(サービス追加 有 ・ 無) 内容変更

事業所名			
フリガナ		TEL	()
名称		FAX	()
フリガナ			
住所	〒		
法人名			
(ご入会されるサービスにチェック、管理者名又はご担当者様で、記入下さい)			
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	管理者名	連絡先メールアドレス	
<input type="checkbox"/> 訪問介護	管理者名	連絡先メールアドレス	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	管理者名	連絡先メールアドレス	
<input type="checkbox"/> 通所介護	管理者名	連絡先メールアドレス	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	管理者名	連絡先メールアドレス	
<input type="checkbox"/> 福祉用具	管理者名	連絡先メールアドレス	
<input type="checkbox"/> その他	サービス内容 :	連絡先メールアドレス	
年会費	各サービス毎に年会費 : 3,000円		専用の振込用紙をご使用ください

※入会は事業所毎ではなく、各サービス部門毎となります。

※複数サービスの入会時はサービスごとに3,000円の年会費をお支払いください

※途中解約時での年会費の返金は致しかねます