

年 月 日

## ケアマ NET 一宮 入会申込書 (様式 1)

事業所名	
郵便番号	
住所	
事業所番号	
管理者名	
電話番号	
FAX番号	
電子メールアドレス	
事業所併設の他のサービス種類	

このたび当事業所は「ケアマ NET 一宮」の目的に賛同して、会則に基づき入会を申請いたします。

事業所名

管理者名

印

※ 会長事業所へ Fax をお願いします。後日、会長事業所より連絡があります。

※ 印は事業所印を押してください。

※ 以下ケアマ NET 一宮 記入下欄記入不要

ホームページ会員サイト ログインID・パスワード			
ログインID		パスワード	
入会日		会員番号	