

様式 1 (第 4 条関係)

送信先：浜松市健康福祉部介護保険課 総務・給付グループ 担当者

FAX：053-450-0084

浜松市介護支援専門員連絡協議会入会・退会申込書

浜松市介護支援専門員連絡協議会会長 様

令和 年 月 日

浜松市介護支援専門員連絡協議会に加入いたしたく、下記のとおり申し込みます。

記

<所属事業者（施設）>

|          |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号    | 2     | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者（施設）名 |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ★住所（所在地） | 〒     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ★電話番号    | ( ) - |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ★FAX番号   | ( ) - |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ★メールアドレス |       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*個人会員の方は、上記★をご記入ください。

<入会・退会する会員>

|       |   | (フリガナ)<br>氏 名 | 法定資格名 | 登録番号 | 入会・退会<br>年月日 | 退会理由 |
|-------|---|---------------|-------|------|--------------|------|
| 入会・退会 | 1 |               |       |      | / /          |      |
| 入会・退会 | 2 |               |       |      | / /          |      |
| 入会・退会 | 3 |               |       |      | / /          |      |
| 入会・退会 | 4 |               |       |      | / /          |      |
| 入会・退会 | 5 |               |       |      | / /          |      |

\*総会や研修会の開催は、原則として所属事業所（施設）あてに通知します。

\*所属法人に変更があった場合、個人会員となる場合は、新たに入会届を提出してください。

\*上記ご記入いただいた情報は、会則の趣旨に基づいてのみ使用いたします。