

一般社団法人全国介護事業者連盟  
一般会員(介護事業者)入会申込書

1/2ページ

FAX

一般社団法人全国介護事業者連盟 行

03-5215-5064

※必要事項を記載し、上記番号へFAXください。

申込日

令和

年

月

日

フリガナ			
法人名 事業者名			
代表者	役職		フリガナ
			氏名
代表者メール	@		
担当者	部課		フリガナ
	役職		氏名
フリガナ			
本社所在地	〒 -		
本社連絡先	TEL :		FAX :
担当者連絡先	TEL :		FAX :
担当者メール	@		
確認事項	※請求書や事務連絡を担当者宛にご連絡させていただきます。		
利用者数 従業員数	総利用者数	人	総従業員数
	※総利用者数は、施設サービスでは総入居者数、在宅サービスでは総登録者数を記入ください。 ※総従業員数は、本部職員、介護事業部門外職員、非常勤・パート職員を含む総従業員数を記載ください。		
介護事業所数	事業所数		事業所
	※介護保険番号事業所毎の数をご記入下さい。内訳は別紙にご記入をお願い致します。		
子会社、関連法人も合わせてご入会頂く場合には、上記の事業所数・総利用者数・総従業員数はグループ全ての数字をご記入ください。			
◆子会社、関係法人の情報(法人数、法人名、代表者名、本店所在地)を下記にご記入ください。			
子会社 関連法人数	社	法人名 代表者名 本店住所	
会費	無料 (一般会員の会費は無料とさせていただきます。)		
ご意見・ご要望等がございましたら、どうぞお気軽にご記入ください。			

◎ここに記載された個人情報 は本事業の目的のみに使用し、全国介護事業者連盟以外の第三者に提供、開示等は致しません。

■問い合わせ 一般社団法人全国介護事業者連盟 事務局 (平日 9:00~17:00)

住所 : 東京都千代田区麹町4-1-4 西脇ビル4F

TEL : 03-5215-5063

担当 : 村上・佐藤・山田

令和2年7月改訂版

一般社団法人全国介護事業者連盟  
一般会員(介護事業者)入会申込書

2/2ページ

FAX

一般社団法人全国介護事業者連盟 行

03-5215-5064

※必要事項を記載し、上記番号へFAXください。

申込日

令和

年

月

日

介護事業所数内訳

※介護保険番号事業所数をそれぞれご記入ください。介護予防は除きます。

	区分	事業名	事業所数
1	居宅	訪問介護	事業所
2		訪問入浴介護	事業所
3		訪問看護	事業所
4		訪問リハビリテーション	事業所
5		通所介護	事業所
6		通所リハビリテーション	事業所
7		福祉用具貸与	事業所
8		特定福祉用具販売	事業所
9		短期入所生活介護	事業所
10		短期入所療養介護	事業所
11		居宅療養管理指導	事業所
12		特定施設入居者生活介護	事業所
13		居宅介護支援	事業所
14	地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	事業所
15		夜間対応型訪問介護	事業所
16		地域密着型通所介護	事業所
17		認知症対応型通所介護	事業所
18		小規模多機能型居宅介護	事業所
19		認知症対応型共同生活介護	事業所
20		地域密着型特定施設入居生活介護	事業所
21		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	事業所
22		看護小規模多機能型居宅介護	事業所
23	施設	介護老人福祉施設	事業所
24		介護老人保健施設	事業所
25		介護療養型医療施設	事業所
26		介護医療院	事業所

◎ここに記載された個人情報は本事業の目的のみに使用し、全国介護事業者連盟以外の第三者に提供、開示等は致しません。

■問い合わせ 一般社団法人全国介護事業者連盟 事務局 (平日 9:00~17:00)

住所 : 東京都千代田区麹町4-1-4 西脇ビル4F

TEL : 03-5215-5063

担当:村上・佐藤・山田

令和2年7月改訂版