

|  |     |  |
|--|-----|--|
| 一般社団法人全国介護事業者連盟<br>沖縄県支部一般会員(介護事業者)<br>入会申込書<br>1/2ページ | FAX | 一般社団法人全国介護事業者連盟 沖縄県支部 行<br><b>098-851-4769</b><br><small>※必要事項を記載し、上記番号へFAXください。</small> |
|  | 申込日 | 令和      年      月      日  |

|  |  |                     |       |
|--|--|---------------------|-------|
| フリガナ   |  |                     |       |
| 法人名<br>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   | HPの会員一覧に法人名等の記載(無料)を希望されない方は、チェックをお願い致します。 <input type="checkbox"/>  |                     |       |
| 利用者数<br>従業員数   | 総利用者数  | 人                   | 総従業員数 |
|  | <small>※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。<br/>         ※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。</small> |                     |       |
| 介護事業所数   | 事業所数   | 事業所                 |       |
|  | <small>※介護保険番号事業所毎の数をご記入下さい。内容は別紙にご記入をお願いいたします。</small>  |                     |       |
| <small>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。</small> |  |                     |       |
| <b>◆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。</b>                          |  |                     |       |
| 子会社<br>関連法人数   | 社  | 法人名<br>代表者名<br>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 沖縄県支部 事務局(平日 9:00~17:00)  
 住所 : 沖縄県那覇市宮城1-18-1エスタジオ小緑3F 担当 : 島袋・安里(和)  
 TEL : 080-3226-4822 令和3年6月改訂版

一般社団法人全国介護事業者連盟  
 沖縄県支部一般会員(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 沖縄県支部 行

098-851-4769

※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 沖縄県支部 事務局 (平日 9:00~17:00)  
 住所 : 沖縄県那覇市宮城1-18-1エスタジオ小禄3F 担当: 島袋・安里(和)  
 TEL : 080-3226-4822

令和3年6月改訂版