

鳥取県民間介護事業者協議会

入会申込書

FAXにて事務局

0857-30-1697(FAX)

申し込み日 年 月 日

ふりがな 会社名	代表者	役職 ふりがな 氏名	
	介護関係 担当者	部課・役職 ふりがな 氏名	
本社 所在地	住所 〒 -		
	TEL ()	FAX ()	
	ホームページ http://	E-mail	@

会社概要

開設年月	年 月 (介護関連事業開設 年 月)
介護関連 事業内容	介護保険認定指定事業 ※認定指定を受けているものに○印をつけてください。
	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 通所介護 短期入所生活介護
	認知症対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護 福祉用具貸与
	その他()

年会費

年間(4月1日～翌3月31日) 10,000円
(ただし、準会員は5,000円とする)

<振込先> 鳥取銀行 県庁前支店

普通 0015948

鳥取県民間介護事業者協議会 谷口 功(タニグチイサオ)

問い合わせ先

(株)鳥取介護サービス内

鳥取県民間介護事業者協議会 事務局

〒680-0921 鳥取県鳥取市古海707-1

TEL 0857-30-1696 FAX 0857-30-1697

E-mail tottorikaigo-s@aroma.ocn.ne.jp