

年 月 日

## 島本町介護保険事業者連絡会入会届出書

下記のとおり、介護保険の事業者として指定を受け、島本町の被保険者を対象にサービス提供をいたしますので、島本町介護保険事業者連絡会に入会したく届出いたします。

### 記

事業所名称	
所在地	
事業所番号	
サービス種別	
TEL	
FAX	
E-mail	
ケアマネ部会 (※)	参加します ・ 参加しません

※どちらかを○で囲ってください

#### 《ご注意》

ケアマネ部会の案件は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象とした内容となっています。