

地域連携の会～絆～入会申込書（団体）

私は地域連携の会～絆～の趣旨に賛同し会員になることを申し込みます。

申込日 年 月 日

フリガナ			
施設名			
フリガナ			
代表者			
フリガナ		職種	
担当者			
フリガナ			
連絡先 (自宅・職場)	〒		
職員人数 (正社員のみ)	名		
TEL			
Eメール			
FAX			
備考※			
今後の会の案内方法として、適当なものを以下の中からお選びください。 (郵送 ・ FAX ・ メール)を希望します。			

※複数の事業所がある場合は、備考欄にご記入ください。

地域連携の会～絆～事務局

住所：美馬市脇町大字猪尻字八幡神社下南 130-3

TEL：0883-52-1095 FAX：0883-53-9375