高岡市介護サービス事業者連絡協議会

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

法人名

事業所名

役　職・氏　名

高岡市介護サービス事業者連絡協議会に参加いたします。

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |