ＦＡＸ送信先　０７８－３６１－６６５２

兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会　事務局　行

（会員コードＳ－　　）

賛　新規入会　2019年度　会　員　票

下記太枠内に必要事項をご記入ください。　　（記入日：　　年　　月　　日現在）

事業所名			
役職 代表者名		ふりがな 担当者名	
事業所所在地	〒		
電話番号		ＦＡＸ番号	
E- mail			

調査票（会運営の参考にさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。）

事業内容について（簡単で結構です）

2019年度　入会金(5万円)・年会費(1口 1万5千円～)

月　　日　（ 振込済　・　予定 ）