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　平成 29 年度　会　員　票

（記入日：H29 年　　月　　日現在）

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

※黒枠の内容に訂正がある場合は、二重線で取り消し、下に正しい内容をお書きください。

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）

平成 29 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 ）