

以下の内容をご入力の上「登録」ボタンを押してください。

***必須項目**

区分*	<input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 新規
開設主体	医療法人、株式会社など
会社名*	<u>事業所名（訪問看護ステーション△△、</u>
会社名フリガナ	全角カナ
事業所開設年月日*	
介護看護事業者番号*	10桁の番号
E-Mail *	<u>本会からの情報を受信するメールアドレス</u>
氏名*	管理者様のお名前
氏名フリガナ	全角カナ
ブロック名*	プルダウンリストから選択
会員番号	ホームページ参照、新規は空欄
年会費振込日(振込予定日)*	
電話番号（半角数字）*	

登録