

『民間事業者の質を高める』
一般社団法人全国介護事業者協議会

入会申込書

申し込み日 年 月 日

FAXにて事務局 03-5289-4382 (Fax.)

「民介協」事務局

理事会承認
印
年 月 日

ふりがな 会社名		代表者	役職 ふりがな 氏名	
		介護関係担当者	部課・役職 ふりがな 氏名	
本社所在地	住所 〒 -			
	TEL ()			
	FAX ()			
	ホームページ http://www.		E-mail @	
<small>反社会的勢力との関係遮断誓約・表明のともないずれかに○</small>	①当法人は、現在、暴力団等の反社会的勢力と一切関係がないことを確約（ いたします ・ いたしません ） ②当法人は、将来に渡って暴力団等の反社会的勢力と一切関係を持たないことを表明（ いたします ・ いたしません ）			

会社概要

開設年月	年 月 （介護関連事業開設 年 月）			
介護関連事業内容	介護保険認定指定事業 ※認定指定を受けているものに○印をつけてください。			
	訪問介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援事業者 その他()	訪問入浴介護 特定施設入所者生活介護	訪問看護 福祉用具貸与	通所介護 短期入所生活介護
年商	前年	円	内訳	※介護関連事業のうち、売上比率の高い順に3事業記入ください。
	年	円	1.	(売上比率 %)
	前々年	円	2.	(売上比率 %)
	年	円	3.	(売上比率 %)
社員数	介護関連事業社員数 名 (うち、社会保険加入社員数 名)			
事業所数	(複数の都道府県にて展開している場合は、多い順に3ヶ所まで記入ください。)			
	事業所数合計	ヶ所	1.	都・道・府・県 ヶ所
			2.	都・道・府・県 ヶ所
			3.	都・道・府・県 ヶ所

年会費

年間(4月1日～翌3月31日)24,000円

※年度の途中で入会された場合、入会月分より(1ヶ月2,000円×残月分)会費をお支払いいただきます。

問い合わせ先

『民間事業者の質を高める』
一般社団法人 全国介護事業者協議会

事務局: 〒101-0047 東京都千代田区内神田2-5-3 児谷ビル3F
TEL 03-5289-4381 FAX 03-5289-4382
E-mail : info@minkaikyoo.info