

令和 年度 手稲区通所サービス連絡会入会申込書（団体用）

貴会の目的に賛同し、会則を承認し入会申し込みをいたします

申込日 令和 年 月 日

手稲区通所サービス連絡会 会長 宛

	該当する欄に☐を入れて下さい	<入会金>※年間
会員の種類 (団体)	<input type="checkbox"/> 正規会員（手稲区内の下記の施設） 通所介護事業所 通所リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 賛助会員（手稲区外の下記の施設） 通所介護事業所 通所リハビリテーション事業所 小規模多機能型居宅介護事業所	通所は以下の規模に應ずる 通所以外は 職員数15名以下 5000円 職員数16名以上 10000円
施設の規模 (通所のみ記載)	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 通常規模 <input type="checkbox"/> 大規模Ⅰ <input type="checkbox"/> 大規模Ⅱ	5000円 10000円 15000円 20000円
施設概要	施設名 _____ 担当者 _____ 印 所在地 _____ 電話番号 _____ FAX番号 _____ Email _____ 職員数（パート含む） _____ 名	

※通所の規模について 小規模（1ヶ月あたりの平均利用者延人員数が300人以内）
 通常規模（1ヶ月あたりの平均利用延人員数が750人以内）
 大規模Ⅰ（1ヶ月あたりの平均利用延人員数が900人以内）
 大規模Ⅱ（1ヶ月あたりの平均利用延人員数が900人以上）