特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構

地域ケアサービス再生存続自治体協議会

入会申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

地域ケアサービス再生存続自治体協議会の趣旨に賛同し、下記の通り入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 会員区分 | ☑ 地域ケアサービス再生存続自治体協議会 会員  （年会費３万円） |

自治体名

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村・  都道府県名 |  |
| 市町村長・  都道府県知事名 |  |

窓口担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属部署・肩書 |  |
| E-Mail |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住所 | 〒　　－ |

特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構

地域ケアサービス再生存続自治体協議会代表　殿

入会申込書はE-mail(c2p@network.email.ne.jp)またはFAX(03‐3266-1670)に送信ください