**豊明市介護支援専門員連絡協議会**

**入会　・　継続　・　退会　　受付票**

**提出日　　平成　29年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名** |  |
| **事業所名** |  |
| **住　所** | 〒 |
| **電　話** |  |
| **ＦＡＸ** |  |
| **Ｅ－mail** |  |
| **いきいき笑顔****ネットワーク** | **利用できる　　表示名（　　　　　　　　　　　　）****利用できない　理由　（　　　　　　　　　　　　）** |

・入会を希望します

・継続を希望します

・退会を希望します

理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　※ 届出事項に変更が発生した際は再度ご提出をお願い致します。

　※ いきいき笑顔ネットワークへの登録は入会要件となっておりますので

登録していない方はご登録をお願い致します。

豊明市介護支援専門員連絡協議会　事務局（平成29年度）

豊明市南部地域包括支援センター　TEL0562-96-0808　FAX0562-96-1881