

入会申込書

令和 年 月 日

福岡県訪問看護ステーション連絡協議会会長 殿

施設名	(フリガナ)		
施設所在地	〒	TEL	FAX
開設法人名	(フリガナ)		
E-mail	@		
管理者氏名			
営業時間			
休業日			
従業員数	看護師：常勤 PT：	名	・ 非常勤 OT：名／ST：名／その他職員 名
[備考]			
上記のとおり入会を申込みます。			
ステーション名 _____ 印			
開設法人代表者 _____ 管理者 _____			