

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 - m a i l	@
管 理 者 氏 名	
営 業 時 間	
休 業 日	
従 業 員 数	看護師：常勤 名 ・ 非常勤 名 PT： 名／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 _____	