

平成29年5月20日

会員各位

各務原市介護保険サービス事業者協議会
会長 稲垣 光晴

平成29年度 各務原市介護保険サービス事業者協議会

会費納入のお願い

平素は、本会に対しまして格別なるご尽力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、標記の件につきまして、下記のとおり年会費の納入をよろしくお願い申し上げます。

記

1. 会 費：①年会費 3,000円

※年会費には、1事業部会の部会費を含みます。

②事業部会費 1,000円

※2つ以上の部会に加入を希望する法人は1部会1,000円追加が必要です。

2. 納入方法：銀行振込又は事務局（市社会福祉協議会）へ直接持参いただいても結構です。

※ 銀行振り込みの場合、領収書は発行いたしませんのでご了承ください。

また、振込み手数料は、各事業所等の負担でお願いします。

平成29年6月16日（金）までに納入ください。

3. 振込先：金融機関名 大垣共立銀行 各務原支店

口座番号 普通-898743

口座名義人 各務原市介護保険サービス事業者協議会

会長 稲垣 光晴

なお、振込みの際、摘要欄には記帳できる文字数に限りがあり、濁点を含めて12文字までとなっております。下記のように、事業所を特定することができない場合がありますので、わかりやすい名称でご記入してください。

(例) 居宅介護支援事業所ライラック → ライラック

デイサービスセンターふれあい苑 → フレアイエン

特別養護老人ホーム松の木苑 → マツノキエン

社会福祉法人ひまわり → ヒマワリ

【問い合わせ先】

各務原市介護保険サービス事業者協議会 事務局

(各務原市社会福祉協議会内)

担当：足立・松浦 TEL 058 (383) 7623

会費納入報告書

法人名		
施設・事業所名	(担当者名)	
加入部会 (加入する部会に ○印を)		・居宅介護支援事業部会
		・訪問サービス事業部会
		・通所サービス事業部会
		・施設サービス事業部会
会費納入額		
振込予定日	年 月 日	

<加入例> 例えば・・・

- | | |
|------------------|-----------|
| ①居宅のみの場合 | : 3,000 円 |
| ②居宅と訪問の2部会 | : 4,000 円 |
| ③居宅、訪問、通所の3部会 | : 5,000 円 |
| ④居宅、訪問、通所、施設の4部会 | : 6,000 円 |

●会費を口座振込で納入した場合には、下記までFAXしてください。

各務原市介護保険サービス事業者協議会 事務局 (各務原市社会福祉協議会内)

FAX 058-382-3233