

## 入力見本

お手数ですが、以下の内容をご入力の上「登録」ボタンを押してください。

\*必須項目

区分\*  継続  
 新規

開設主体

会社名\*

会社名フリガナ

事業所開設年月日\*

介護保険事業者番号\*

E-Mail\*

氏名\*

氏名フリガナ

ブロック名\*

会員番号

年会費振込日（振込予定日）\*

郵便番号\*  -  (半角数字)

都道府県

市町村・区・郡\*

以下の住所\*

ホームページのステーション一覧に記載  
または、宛名ラベルに記載の番号  
(新規は空欄)

電話番号\*  -  -  (半角数字)

FAX  -  -  (半角数字)

- 併設事業
- なし
  - 居宅介護支援事業
  - 看護小規模多機能型居宅介護
  - 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
  - 病院・診療所
  - その他

その他の併設事業内容

営業時間 (平日) \*

営業時間 (土曜) \*

営業時間 (日祝) \*

- 機能強化型訪問看護管理  
療養費の届出
- なし
  - あり (1)
  - あり (2)
  - あり (3)

リンク先 ホームページ  
アドレス (リンクを希望  
する施設)

[登録](#)

[リセット](#)