

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

医療法人、株式会社など

会社名*

事業所名（訪問看護ステーション△△、

会社名フリガナ*

全角カナ

事業所開設年月日*

介護看護事業者番号*

10桁の番号

E-Mail *

本会からの情報を受信するメールアドレス

氏名*

管理者様のお名前

氏名フリガナ*

全角カナ

ブロック名*

プルダウンリストから選択

会員番号

ホームページ参照、新規は空欄

年会費振込日(振込予定日)*

郵便番号*

市町村・区・郡*

以下の住所*

電話番号（半角数字）*

登録