

FAX送付のご案内



送信日： 年 月 日

介護マップ泉佐野 宛

情報の新規登録・変更依頼

F A X 送信先番号 072-464-9393

□新規登録の方

・事業所名

・介護サービスの種類

・事業所番号

・郵便番号

・住所

・電話番号

・F A X 番号

・ご担当者名

・メールアドレス

・サービスの特徴やアピールポイント・その他

□変更依頼の方

・事業所名

・ご担当者名

・メールアドレス

・変更したい項目と内容を記入して下さい。