

船橋在宅医療ひまわりネットワーク入会申込書(個人用)

船橋在宅医療ひまわりネットワーク 代表 あて

次のとおり、船橋在宅医療ひまわりネットワークへの入会を申し込みます。

入会者情報	(ふりがな) お名前			
	住 所	〒 —		
	電 話	— —	FAX	— —
	メールアドレス			
	職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他()		
	勤務先	(住 所) 〒 (名 称) (開設法人名)		
勤務先の種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 老人福祉施 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他()			
入会を希望する理由				

船橋在宅医療ひまわりネットワークの入会申し込みにあたり、下記の事項を誓約いたします。

- 上記記載内容に虚偽がないことを誓約します。
- 貴会の目的に賛同し、会則に同意の上、入会を申し込みます。会則に反した場合、退会処分となることを、あらかじめ承諾します。

上記情報について、ひまわりネットワークが取得目的の範囲内で使用することについて同意します。

※入会の審査にあたり、必要に応じて、資料を求めることがあります。

提出先: 船橋在宅医療ひまわりネットワーク事務局(船橋市地域包括ケア推進課)

TEL 047-436-2354
FAX 047-436-2409

電子メール hokatsu-care@city.funabashi.lg.jp