

令和 年 月 日

船橋在宅医療ひまわりネットワーク個人会員入会申込書(施設・事業所用)

船橋在宅医療ひまわりネットワーク 代表 あて

入会者名 施設名
代表者名

次のとおり、船橋在宅医療ひまわりネットワークへ個人会員として入会を申し込みます。

入会施設等情報	施設名			
	(代表者)			
	住所	〒 _____		
	電話		FAX	
	ホームページ URL			
	施設の種別	<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"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <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			
	開設者 (法人名)			
	連絡担当者	氏名		所属部署
	メールアドレス			

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内)

TEL 047-436-2354
FAX 047-436-1005

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