

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	〒 一			
	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"/> 管理栄養士	<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 047-436-1005

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