



092-791-1105



在宅ケアネットワーク福岡中央 参加申し込み票

ふりがな	
申し込み者氏名	
所属（施設名）	
事業所種別	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 老人保健 <input type="checkbox"/> 居住施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 小規模多機能ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
役職	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 介護福祉 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
どちらかを選択して下さい <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場	〒
住所	
電話	
ファクス	
メールアドレス	

在宅ケアネットワーク福岡中央 管理者殿

私は、地域の在宅ケア推進のため当該ネットに参加し、主体的な発言を行うことを誓います。
また、当該ネットの品格を損なうような発言は、致しません。

申し込み日

2017 年 月 日

御署名