

福岡東在宅ケアネットワーク参加申込票

ふりがな	
申込者氏名	
推薦人	
所属(職場)	
役職	
職種	
住所(職場・自宅) ※いずれかを○で囲んでください	〒 ー
電話(職場・自宅) ※いずれかを○で囲んでください	
FAX(職場・自宅) ※いずれかを○で囲んでください	
メールアドレス	

福岡東在宅ケアネットワーク 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。

平成 年 月 日

署名

事務局 FAX番号： 092-691-3961