

福岡東在宅ケアネットワーク参加申し込み票

ふりがな				
申込者氏名				
推薦人				
所属(職場)				
役職				
職種 *全てお書きください。				
住所(自宅・職場) *いずれかを○で囲んでください。				
電話(自宅・職場) *いずれかを○で囲んでください。				
FAX(自宅・職場) *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 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。

年 月 日

署名

事務局 FAX 番号 092-692-1024