

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会入会申込書

年 月 日

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長 様

法人(団体)名

代 表 者

印

貴協議会の目的に賛同し、砂川市地域包括ケアネットワークシステム運用規程を遵守し、
会員としての責任を理解した上で、入会を申し込みます。

施 設 名			
施 設 住 所	〒		
施設の代表者名			
電 話 番 号		F A X 番 号	
E - m a i l			
管 理 責 任 者 職 氏 名			

～利用者登録～

No.	ふりがな 利用登録者氏名	職 名	事務局 記入欄
1			
2			

※太枠内に記入願います。行が足りない場合は、裏面に続けてお書き下さい。

3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※太枠内に記入願います。