別記第１号様式（第２条関係）

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 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 管理責任者職氏名 |  |

～利用者登録～

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 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。