

岐阜県包括的地域ケアネットワーク(はやぶさネット) 空床情報登録会員加入申込書

(楷書で丁寧にご記入願います。)

規約遵守を誓約し、岐阜県包括的地域ケアネットワーク空床情報登録会員の加入を申し込みいたします。

介護・福祉施設からの加入者は事業所(施設)毎に1名のみとさせていただきます。

記入年月日	平成 年 月 日	記入者名	
介護・福祉施設名			
フリガナ			
施設長名			
フリガナ			
使用者名	印		
施設住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
メールアドレス			
ホームページアドレス			

必要事項をご記入の上、メール(hayabusa@gifu.med.or.jp)、FAX(058-271-1651)又は郵送(〒500-8510 岐阜市藪田南三丁目5-11 岐阜県医師会 はやぶさネット係)にて、お申込みいただきますようお願い申し上げます。

運営事務局記入欄

受付日	受付者	ID,Pass通知日
年 月 日		年 月 日