地域リハケアネットワーク
グループウェア登録申込書

申込日　平成　　年　　月　　日

※は入力必須項目です。

※フリガナ			
※氏名			
※職種 （複数ある場合は主要なもの）	☐ 訪問看護　☐ 訪問介護　☐ 訪問入浴　☐ 訪問リハビリ　☐ ショートステイ ☐ 通所介護　☐ 通所リハビリ　☐ 老人福祉施設　☐ 老人保健施設 ☐ 医療関係　☐ 地域包括　☐ 社会福祉協議会　☐ 居宅介護支援　☐ 福祉用具 ☐ 障害福祉関係　☐ その他（※　　）		
※登録完了書送付先	☐ 郵送　〒		
	☐ Eメール　@		
※携帯パスワード発行	☐ 希望する　☐ 希望しない		
フリガナ			
事業所名			
所属部署			
事業所住所	〒		
TEL		FAX	

＊氏名・事業所名・所属部署は登録名になります。

私は、別紙の利用規約に同意し、地域リハケアネットワークグループウェアへの会員登録の申し込みをいたします。

＊ご不明な点などございましたらお問い合わせください。

FAX送付先
医療法人社団富家会 富家病院メディア課
TEL　049-264-8811
FAX　049-264-8501

web申込用紙