



FAX : 045-453-8787

申し込み日：      年      月      日

## あく手の会    会員申込書

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 会員               | <div><input type="checkbox"/> 瀬谷区内介護・医療・福祉関係事業所で勤務しています。</div> <div><input type="checkbox"/> ホームページに会員事業所としての名簿記載を希望します。</div> <p>※ 会員への条件は瀬谷区の医療・介護・福祉関係の事業所に在籍している職員です。任意参加にて参加が可能です。参加に関する労務上の調整については当団体が関与することはございません。自己責任での参加をお願いいたします。また、この会員に関する会費等は発生いたしません。瀬谷区に貢献したい方、瀬谷区での介護者支援について、積極的に取り組みたいという方の参加をお待ちしております。</p> |
| 氏名               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 連絡先電話番号<br>(携帯可) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| メールアドレス          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 発送物の送付先<br>住所    | <div><input type="checkbox"/> 自宅</div> <div><input type="checkbox"/> 勤務先</div> <div>〒      ー</div>                                                                                                                                                                                                                             |
| 在籍事業所名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 在籍事業所<br>電話番号    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

お問い合わせ：

TEL : 045-364-1084    介護相談センターひとはな内    あく手の会    事務局  
mail : handshake@hitohana.co.jp