

ちとせの介護医療連携の会 入会申込書

平成 年 月 日

ふ り が な			
氏 名			
生 年 月 日		性 別	男 ・ 女
勤 務 先	名 称	職 種	
	住 所	Tel	
	E-mail	Fax	
その他 希望連絡先		住所 TEL FAX E-mail 等	
通信・案内等送付先		勤務先・その他	



ちとせの介護医療連携の会

【取得資格】

医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 歯科衛生士 ・ 放射線技師

薬剤師 ・ 管理栄養士 ・ 栄養士 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ 臨床検査技師

介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士 ・ ホームヘルパー

介護支援専門員 ・ 福祉住環境コーディネーター ・ 福祉用具専門相談員

保育士 ・ 教諭免許（幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校）

その他（ ）