

原本を所在区のはち丸在宅支援センターへご提出ください。

## はち丸ネットワークへの参加に係る誓約書

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

はち丸ネットワークの趣旨を理解し、利用規約を遵守することを誓います。

施設名			
施設住所	〒 -		
所属団体	<input type="checkbox"/> 名古屋市医師会 <input type="checkbox"/> 名古屋市歯科医師会 <input type="checkbox"/> 名古屋市薬剤師会 <input type="checkbox"/> 名古屋市指定介護保険事業所番号を保有している事業所 番号 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> その他 ( )		
代表者名	(印)		
施設管理者名	(印)		
電話番号	( )	FAX番号	( )

(事務局記入欄)

受理 : 平成 年 月 日

受理印

受理印