

【様式1】

## connect 8 (コネクト・エイト) 入会申請書

『connect 8』の入会申請を致します。利用にあたっては、利用規約を遵守します。

利用施設登録事項	
申請日	令和 年 月 日
法人・団体名	(ふりがな)
申請者	(ふりがな)
※1 施設責任者 (申請者と同じ場合は同上)	(ふりがな) 男・女 <span style="float: right;">(印)</span>
所在地	〒
職種名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他 ( )
TEL	
FAX	
代表E-Mail	

※1 施設責任者とは、当該施設においてconnect 8の利用に関して管理責任を負う者としてします。

※2 登録完了後、施設責任者宛に案内を郵送しますので、端末のID/パスワード管理・セキュリティ対策をお願いします。

注：本書類は当事務局へ提出して下さい。

\*\*\*\*\*

### 【事務局取扱欄】

受 理 日	： 令和 年 月 日
セキュリティ番号	： 施設ID
責 任 者 用	： (ID) (pass)
担 当	：
郵 送 日	： 令和 年 月 日

(お問い合わせ先)

NPO法人Reconnect connect 8 事務局  
〒031-0072 八戸市城下4丁目11-11

TEL/FAX : 0178-72-3301

connect 8 お問い合わせ・相談窓口

TEL : 080-8214-3857

本書は当事務局にて保管

【様式1】

## connect 8 (コネクト・エイト) 入会申請書

『connect 8』の入会申請を致します。利用にあたっては、利用規約を遵守します。

利用施設登録事項	
申請日	令和 1年 9月 1日
法人・団体名	(ふりがな) いっぱんしゃだんほうじん ..... 一般社団法人 ○○会 △△△事業所
申請者	(ふりがな) はちのへ たろう 八 戸 太 郎
※1 施設責任者 (申請者と同じ場合は同上)	(ふりがな) さんのへ じろう 三 戸 次 郎 <span style="margin-left: 20px;">男・女</span>
所在地	〒 031-0000 八戸市○○字○○1-1
職種名	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他 ( )
TEL	0178-00-1234
FAX	0178-12-3456
代表E-Mail	hachinohe0000@ooooo.co.jp



男・女

※1 施設責任者とは、当該施設においてconnect 8の利用に関して管理責任を負う者としてします。

※2 登録完了後、施設責任者宛に案内を郵送しますので、端末のID/パスワード管理・セキュリティ対策をお願いします。

注：本書類は当事務局へ提出して下さい。

\*\*\*\*\*

### 【事務局取扱欄】

受 理 日	： 令和	年	月	日
セキュリティ番号	：	施設ID	：	
責 任 者 用	：	(ID)	：	(pass)
担 当	：		：	
郵 送 日	： 令和	年	月	日

(お問い合わせ先)

NPO法人Reconnect connect 8 事務局  
〒031-0072 八戸市城下4丁目11-11

TEL/FAX : 0178-72-3301

connect 8 お問い合わせ・相談窓口

TEL : 080-8214-3857

本書は当事務局にて保管