

【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	
*申し込みは、事業所単位（総合病院等の場合は各診療科ごと）となります。	
申請日	令和 年 月 日
法人名	(ふりがな)
団体・事業所名 病院名（診療科名）	(ふりがな)
事業所種別	例) 医療機関・訪問看護・訪問介護・通所介護・訪問リハビリ・訪問入浴・居宅介護支援・薬局・福祉用具・介護施設・障害者施設等
※1 施設責任者	システムの運用及び操作に関する管理を行う方のお名前をご記入ください。 (ふりがな)
	[自署] 男 ・ 女
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 ()
※2 総合病院等のみ記入 各診療科担当者	(ふりがな) 男 ・ 女
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 ()
所在地	〒
TEL	
FAX	
代表E-Mail	

※1 施設責任者とは、当該施設においてconnect 8の利用及びシステム操作に関して管理責任を負う者としてします。

※2 各診療科担当者とは、システム操作に関して管理を行う者としてします。

※ 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

本書は当事務局にて保管

(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

20230515

【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	
*申し込みは、事業所単位（総合病院等の場合は各診療科ごと）となります。	
申請日	令和 1年 9月 1日
法人名	(ふりがな) いっぱんしゃだんほうじん 一般社団法人 ○○会
団体・事業所名 病院名 (診療科名)	(ふりがな) ○○びょういん △△か ○○病院 △△科
事業所種別	例) 医療機関・訪問看護・訪問介護・通所介護・訪問リハビリ・訪問入浴・居宅介護支援・薬局・福祉用具・介護施設・障害者施設等 医療機関
※1 施設責任者	システムの運用及び操作に関する管理を行う方のお名前をご記入ください。 (ふりがな) さんのへ じろう [自署] 三戸 次郎 (男) ・ 女
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 ()
※2 総合病院等のみ記入 各診療科担当者	(ふりがな) ごのへ はなこ 五戸 花子 (男) (女)
職種名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input checked="" 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 ()
所在地	〒 031-0000 八戸市○○字○○1-1
TEL	0178-00-1234
FAX	0178-12-3456
代表E-Mail	hachinohe0000@ooooo.co.jp

※1 施設責任者とは、当該施設においてconnect 8の利用及びシステム操作に関して管理責任を負う者としてします。

※2 各診療科担当者とは、システム操作に関して管理を行う者としてします。

※ 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

本書は当事務局にて保管