

ユビキタス会事務局 御中

(FAX 048-253-9019)

当事業所は、別途定める「ユビキタス会(ユビキタスケアネットワーク)会則」に同意し、ユビキタス会に入会します。

申込日	20 年 月 日
会員の種類	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> プレミア会員

上記のいずれかに“レ”を入れてください。

なお、プレミア会員の場合は、正会員として介護職員基礎研修に2名派遣していること、もしくは、事業所代表者がアイヘルFBメンバーになっている必要になります。

事業所名称	
住所	〒 -
電話	
FAX	
事業所代表者名 役職名	(ふりがな:)
連絡窓口担当者名 役職名	(ふりがな:)
連絡可能なメール	@
連絡事項	(ご要望・連絡事項等がありましたらご記入ください。)

事務局記入欄

--