

(一財)神戸在宅医療・介護推進財団 コーディネーター登録制度

登録申込書

お名前	
住所	〒
連絡先	第1順位 (自宅・携帯・その他) 第2順位 (自宅・携帯・その他)
e-mail アドレス ※連絡用に使用します	
現在のお勤め先	
希望するコーディネーター ○を入れてください	<input type="checkbox"/> 医療介護サポートセンターのコーディネーター <input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チームのコーディネーター ※両方希望する場合はどちらにも○を入れてください。
コーディネーターを希望する理由	
財団が他の職種を募集する場合、ご案内してよろしいか	<input type="checkbox"/> 病院・老健施設看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション看護師 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 (看護師、社会福祉士) <input type="checkbox"/> 居宅ケアマネジャー ※ <input type="checkbox"/> 内に○のある職種を募集する場合はご案内します。