（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  〇を入れてください | （　　）医療介護サポートセンターのコーディネーター  （　　）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〇をいれてください。 |
| 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 | （　　）病院・老健施設看護師　（　　）訪問看護ステーション看護師  （　　）地域包括支援センター職員（看護師、社会福祉士）  （　　）居宅ケアマネジャー  　　※（　　）内に〇のある職種を募集する場合はご案内します。 |