

入会申込書

西暦 年 月 日

入会を希望する協会(協議会)の番号に○を付けて下さい。

1. [] 介護支援専門員協会(協議会) ※地域協議会名を入れて下さい。
2. 福島県介護支援専門員協会 ※1の入会が必要。
3. 日本介護支援専門員協会 ※2の入会が必要。

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	正会員・賛助会員 (どちらかを選び○をつけて下さい。)	性別	男・女	会員番号	
				パスワード	*事務局記入欄
フリガナ			生年月日	西暦	年 月 日
氏名					
介護支援専門員資格の有無	有(取得年月日 西暦 年 月 日)・無				
介護支援専門員登録番号					
介護支援専門員としての勤務状況	現任・非現任・一度も勤務していない				
住所(自宅)	〒 -				
TEL(自宅)			FAX(自宅)		
E-Mail					
メールマガジン	希望する・希望しない				
所属機関 *現任者のみ	名称	居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設			
	種別	地域包括支援センター・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護・その他()			
所在地	〒 -				
TEL			FAX		
情報提供方法	E-Mail(自宅・所属)・ホームページ		文書送付先	自宅・所属	
ケアマネ取得時の資格	医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・社会福祉士・介護福祉士 ※複数ある場合は、主に するものに◎を願います。 歯科衛生士・あん摩マッサージ指圧師、はり師、灸師・柔道整復師 管理栄養士・栄養士・訪問介護員・その他()				
備考	所属地域の変更()協議会⇒()協議会				

※お預かりした個人情報は事務連絡、各種ご案内、アンケートのお願い等に使用させていただきます。