

入会申込書

西暦 年 月 日

入会を希望する協会にチェックを付けて下さい。(必須)

チェック欄

福島県介護支援専門員協会 【地域協議会名

】

チェック欄

日本介護支援専門員協会 ※福島県協会への入会が必要。

【日本協会メールマガジン： 希望する 希望しない】

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				西暦	
氏名		生年月日		年	月 日
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				
自宅住所	〒				
自宅TEL(市外局番～) 又は携帯電話					
E-Mail					
所属機関 *現任者のみ	名称				
	種別	・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 ・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 (市外局番～)			FAX (市外局番～)		
文書送付先	自宅へ送る ・ 所属へ送る		※協会からの郵送物をご選択いただいた方へお送りします		
ケアマネ取得時の資格 ※複数ある場合は、主に するものに◎を願います。	・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 ・精神保健福祉士 ・介護福祉士 ・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()				
地域変更	所属地域の変更()協議会から→()協議会へ変更 └ 今年度の県協会費[及び日本協会費]は()協議会で 支払い済み ・ 支払い予定				
備考					

※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。

提出先→ 所属を希望する地域協議会へご提出ください。
福島県介護支援専門員協会への直接の提出(FAX・郵送等)は不要です。

日本	県	地域
/	/	/