

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)			
<input checked="" type="checkbox"/> 福島県介護支援専門員協会		【地域協議会名 ○○○○】	
<input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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
フリガナ	フクシマ タロウ	会員番号	
氏名	福島 太郎	パスワード	
		生年月日	西暦○○○○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	12345678		
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)	〒○○○-○○○ 福島県○○○○○○○○		
TEL(自宅)	○○○-○○○-○○○	FAX(自宅)	○○○-○○○-○○○
E-Mail	f-kaigo@f-ishikai.jp		
所属機関 *現任者のみ	名称	○○○居宅介護支援事業所	
	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	〒○○○-○○○ 福島県○○○○○○○○		
TEL	○○○-○○○-○○○	FAX	○○○-○○○-○○○
文書送付先	自宅 ・所属		
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()		
備考	所属地域の変更()協議会⇒()協議会 └ 今年度の県協会費(及び日本協会費)()協議会で 支払い済み・支払い予定		

※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。

日本	県	地域
/	/	/