

入会申込書

西暦 2024 年 10 月 1 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 郡山市】

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 | <input checked="" type="radio"/> 正会員 ・ 賛助会員 (どちらかを選び○をつけて下さい。) | 性別 | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 会員番号 | |
| フリガナ | フクシマ ハナコ | 生年月日 | 西暦 | パスワード | *事務局記入欄 |
| 氏名 | 福島 花子 | 生年月日 | 19〇〇 年 4 月 1 日 | | |
| 介護支援専門員資格の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 (取得年月日 西暦 2000 年 3 月 30 日) ・ <input type="radio"/> 無 | | | | |
| 介護支援専門員登録番号 | 0700000 | | | | |
| 介護支援専門員としての勤務状況 | <input checked="" type="radio"/> 現任 ・ <input type="radio"/> 非現任 ・ <input type="radio"/> 一度も勤務していない | | | | |
| 自宅住所 | 〒 ●●●● - ●●●● 郡山市〇×△123-45 | | | | |
| 自宅TEL(市外局番~) 又は携帯電話 | 024-***-0001 | | | | |
| E-Mail | hanako_0401@****.ne.jp | | | | |
| 所属機関 *現任者のみ | 名称 ●●●● 居宅介護支援事業所 種別 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 〒 ●●●● - ●●●● 郡山市〇×△8丁目987番地 | | | | |
| TEL (市外局番~) | 024-***-0002 | FAX (市外局番~) | 024-***-0003 | | |
| 文書送付先 | <input checked="" type="radio"/> 自宅へ送る ・ <input type="radio"/> 所属へ送る ※県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 <input checked="" type="radio"/> 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(県南)協議会から→(郡山市)協議会へ変更 └ 今年度の県協会費[及び日本協会費]は(郡山市)協議会で 支払い済み ・ <input checked="" type="radio"/> 支払い予定 | | | | |
| 備考 | こちらの欄は、【地域変更】をされる 方のみ、ご記入ください。 また、旧所属地域には【退会届】を ご提出ください。 | | | | |

※お預かりした個人情報は、本会にのみ使用させていただきます。

| 日本 | 県 | 地域 |
|----|---|----|
| / | / | / |
| | | |

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。