

入会申込書

西暦 年 月 日

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
福井県介護支援専門員協会

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	*事務局記入欄
					パスワード	
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)	〒 -					
電話(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					
	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	〒 -					
電話				F A X		
情報提供方法	E-Mail(自宅・所属) ・ ホームページ					
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 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()					
地域支部情報	地域支部入会状況	有 ・ 無				
	若狭ケアマネジャー連絡会 ・ 二州ケアマネット ・ 丹南ケアマネジャー連絡会 奥越ケアマネジャー連絡会 ・ 福井市支部 ・ ケアマネSAKA I					
	地域支部整理番号	*事務局記入欄				
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。