補足事項説明書

　　　　　　　　　　氏　　　名

　　　　　　　　　　日本介護支援専門員協会会員番号

　　　　　　　　　　静岡県介護支援専門員協会会員番号

日中の連絡先　電話番号又は携帯電話番号

（会員本人が勤務先の被災により離職または休職した場合）

　　　　　　　　　　事業所住所

　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　事業所電話番号

●会費免除申請書の証明欄について

「a.所属都道府県支部の支部長の証明」を選択した場合、被災状況を記入ください。内容を確認し支部長が証明します。

|  |
| --- |
|  |