

FAX番号

054-252-9884

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 行

特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会 行

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	
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						種別 PC・携帯	
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			FAX				
情報提供方法	E-Mail(自宅・所属)・ホームページ						
メールマガジン	希望する ・ 希望しない						
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 ()						
協力団体(※)への加入の有無	(有の方は加入団体名をご記入ください。(複数団体に加入の方は全ての団体名)) 有 ・ 無						
県協会からの郵送物等送り先を自宅以外を希望の場合は下記にご記入ください。 (日本協会からの郵送物は、原則として自宅あてに送られます。)							
住所	〒 - (勤務先の場合は名称もご記入ください。)						
備考							
貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。 ※該当に○をしてください。 <input type="checkbox"/> 静岡県介護支援専門員協会および日本介護支援専門員協会へ一括加入 <input type="checkbox"/> 静岡県介護支援専門員協会は加入							

※「協力団体」とは、介護支援専門員等に関係する地域の団体です。

※お預かりした個人情報(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くほか、氏名・住所・連絡先電話番号・FAX番号を協力団体に提供することがあります。

※日本介護支援専門員協会への入会は各都道府県支部への入会することが原則になっております。日本介護支援専門員協会のみ入会はできません。