

平成30年度 正会員 入会申込書

平成 年 月 日

日本介護支援専門員協会
大分県介護支援専門員協会
地域介護支援専門員協会・協議会 } 行

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員番号				※事務局記入欄			
フリガナ				所属する 地域協 組織名		〔 協会・協議会 〕	
氏 名							
生年月日		昭和・平成 年 月 日		性 別		男・女	
自 宅	住 所	〒 -					
	電 話	- -		FAX	- -		
	E-Mail	@					
所 属 機 関 ・ 勤 務 先	法人名			事業所名			
	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 特定施設入所者生活介護・その他()					
	所在地	〒 -					
	電 話	- -		FAX	- -		
	E-Mail	@					
介 護 支 援 専 門 員 情 報	登録番号						
	介護支援専門員 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・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 ()					
情 報 提 供 方 法	郵送先	自 宅・所属機関		E-Mail	自 宅・所属機関		
	日本協会メールマガジン ⇨ 希望する ・ 希望しない						
備 考							

※ご記入いただいた個人情報は、事務連絡・各種案内・アンケートのお願い等に使用させていただきます。