

令和2年度 正会員 入会申込書

令和2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	〔 協会・協議会 〕		
氏名			地域協 組織名			
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。