

令和3年度 正会員 入会申込書

令和3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		氏名		所属する 地域協 組織名 協会・協議会	
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。