（第１号様式）

令和７年度 正会員 入会申込書

令和７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　宛

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	@		必須
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	@		必須
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
	日本協会へのアドレス登録後にメールマガジンが届きます。			
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。