

入会申込書

年 月 日

一般社団法人日本介護支援専門員協会 行
 [香川県支部(香川県介護支援専門員協議会)経由]

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

■必須項目

会員種別	正会員・賛助会員(個人) ※どちらかを選び、○をつけてください。	性別	男・女	入会区分	新規・再入会
フリガナ		生年月日		年 月 日	
氏名					
住所(自宅) [郵便物送付先]	〒 都道府県 郡市 ※郡市区町村名及び建物名も略さずご記入ください				
連絡先	TEL(携帯):	(自宅):			
	E-mail(携帯):	@	FAX:		
	(自宅):	@			
日中の連絡先(TEL)	携帯・自宅・勤務先 ※いずれかに○をつけてください。				
日本協会メールマガジン配信	携帯・自宅・勤務先・希望しない ※いずれかに○をつけてください。				
介護支援専門員登録番号(8桁)	都道府県より交付された「介護支援専門員証」等に記載されている8桁の番号				

■任意項目(なるべくご記入ください)

勤務先 ※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・看護小規模多機能型居宅介護・介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設・地域密着型特定施設入居者生活介護 その他()			
勤務先所在地	〒 都道府県 郡市 ※郡市区町村名及び建物名も略さずご記入ください				
勤務先	TEL:	FAX:			
	E-mail:	@			
介護支援専門員資格の有無	有(取得: 年 月 日)・無		有効期間: 年 月 日		
主任介護支援専門員資格の有無	有(取得: 年 月 日)・無		有効期間: 年 月 日		
介護支援専門員としての実務経験	現任・非現任(経験あり)・実務経験なし				
現在の登録都道府県	都道府県	郵便物の送付先希望		自宅(★)・勤務先	
介護支援専門員取得時の基礎資格	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・言語聴覚士・社会福祉士・介護福祉士・視能訓練士・義肢装具士・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・栄養士・管理栄養士・精神保健福祉士 その他()				
都道府県協会入会	<input checked="" type="radio"/> 有・無	都道府県協会(支部)番号		※事務局記入欄	
備考					

お預かりした個人情報はご所属の都道府県支部と共有し、事務連絡、広報物送付、調査協力依頼等に使用させていただきます。
 ★郵送物の内容によってはご勤務先へお届けする場合があります。ご了承ください。