

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。