

入会申込書

西暦 年 月 日

一般社団法人日本介護支援専門員協会 行
(都・道・府・県 支部経由)

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、○をつけて下さい。)	性別	男・女	入会区分	新規・再入会
フリガナ		生年月日		西暦	年 月 日
氏名					
住所(自宅) (郵便物送付先)	〒 ー 都道府県 市区	※郡市区町村名及び建物名も略さずご記入ください			
電話(自宅)		FAX(自宅)			
E-Mail(自宅)	@	メールマガジン(配信先は1つ)			
E-Mail(携帯)	@	自宅・携帯・勤務先・希望しない			
日中の連絡先(TEL)	ー ー	自宅・勤務先・携帯電話			
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」「介護支援専門員登録証明書」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)

所属機関 *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()			
住所 (所属機関)	〒 ー 都道府県 市区	※郡市区町村名及び建物名も略さずご記入ください			
電話	ー ー	FAX	ー ー		
E-Mail(勤務先)	@				
介護支援専門員資格の有無		主任介護支援専門員			
有(取得日 西暦 年 月 日)・無		有・無			
有効期間満了日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日			
介護支援専門員としての勤務状況		現任・非現任(経験あり)・経験なし			
現在の登録都道府県名		都道府県			
郵便物送付先	自宅・勤務先				
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・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()				
支部情報	都道府県協会入会	有・無	都道府県協会(支部)会員番号		
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、調査協力のお願いに使用させていただきます。

★原則、日本介護支援専門員協会からの郵便物をご自宅にお届けします(郵送物の内容によってはご所属先へお届けする場合があります)。