

入会申込書

西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

入会を希望する協会(協議会)の番号に〇を付けて下さい。

- ① [〇〇〇〇〇〇〇〇]介護支援専門員協会(協議会) ※地域協議会名を入れて下さい。
- ② 福島県介護支援専門員協会 ※1の入会が必要。
- ③ 日本介護支援専門員協会 ※2の入会が必要。

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	<input checked="" type="radio"/> 正会員 ・ 賛助会員 (どちらかを選び〇をつけて下さい。)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	会員番号	
				パスワード	*事務局記入欄
フリガナ			生年月日	西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	
氏名	福島 太郎				
介護支援専門員資格の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 (取得年月日 西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日) ・ 無				
介護支援専門員登録番号	12345678				
介護支援専門員としての勤務状況	<input checked="" type="radio"/> 現任 ・ 非現任 ・ 一度も勤務していない				
住所(自宅)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福島県〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
TEL(自宅)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX(自宅)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
E-Mail	f-kaigo@f-ishikai.jp				
メールマガジン	<input checked="" type="radio"/> 希望する ・ 希望しない				
所属機関 *現任者のみ	名称	〇〇〇〇地域包括支援センター			
	種別	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 ・ その他()			
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福島県〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
情報提供方法	E-Mail (自宅・所属) ・ ホームページ		文書送付先	自宅 ・ 所属	
ケアマネ取得時の資格 ※複数ある場合は、主に するものに◎を願います。	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保健師 ・ <input checked="" type="radio"/> 看護師 ・ 准看護師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 社会福祉士 ・ 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()				
備考					

※お預かりした個人情報は事務連絡、各種ご案内、アンケートのお願い等に使用させていただきます。