

入 会 申 込 書

一般社団法人

西暦 年 月 日

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。

会員種別	正会員	性別	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	年	月	日
氏名							
介護支援専門員資格の有無		有 (取得年月日 西暦 年 月 日) ・ 無					
介護支援専門員登録番号							
介護支援専門員としての勤務状況		現任 非現任 一度も勤務していない					
住所(自宅)	〒 ー						
電話(自宅)				FAX(自宅)			
E-Mail							
メールマガジン		希望する ・ 希望しない					
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・その他()					
所在地	〒 ー						
電 話				F A X			
情報提供 方法	E-Mail(自宅・所属) ・ ホームページ						
ケアマネ取得時の 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 ・ 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()						
支部情報	都道府県協会入会	有 ・ 無					
	都道府県会員番号						
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ご使用させていただきます。