

賛助会員入会申込書

申込年月日 年 月 日

鹿児島県介護支援専門員協議会

奄美大島・喜界島支部長 殿

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	奄美大島、喜界島支部 賛助会員		性別	男・女
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)	〒 -			
電話(自宅)			FAX(自宅)	
E-Mail				
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	〒 -			
電話			FAX	
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（ ）			

※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。