

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 行

(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・賛助会員 (どちらかを選び、○をつけて下さい。)	性別	男・女	番会員号	
				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)	〒 -				
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	〒 -				
電話			FAX		
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使用させていただきます。