

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	<input checked="" type="radio"/> 正会員 ・ <input type="radio"/> 賛助会員(個人) <small>(どちらかを選び、○をつけて下さい。)</small>		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)	〒	—	都道府県	都市区	※都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)	—		—		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)	〒	—	都道府県	都市区	※都市区町村名及び建物名も略さずご記入ください	
電話	—		FAX		—	
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		
希望の所属支部	阿蘇・菊池・鹿本・有明・熊本市・上益城・宇城・八代・人吉球磨・水俣芦北・天草					

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は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)。