**正会員　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

一般社団法人熊本県介護支援専門員協会　　　行

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | 入会区分 | | | | 新規 ・ 再入会 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | 携帯 | | |  | | | | | | | |
| E-Mail | （必須） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | | | | |  |  |  | | |  | | | | |  |  |  |  |
| 現在の登録都道府県名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所  属  機  関  ・勤務先 | 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・介護医療院  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・特定施設入所者生活介護・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | ＦＡＸ | | | | |  | | | | | |
| E-Mail | （必須） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・准看護士・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・精神保健福祉士・歯科衛生士・あん摩マッサージ指圧士はり師・灸師・柔道整復師・管理栄養士・栄養士・その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 情報提供方法 | | | 郵送先 | 下記★印参照 | | | | | E-Mail | | | | | 自宅 ・ 所属機関 | | | | |
| 日本協会へのアドレス登録後にメールマガジンが届きます。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望の所属支部 | | | 阿蘇・菊池・鹿本・有明・熊本市・宇城・上益城・八代・人吉球磨　　　　　　　　水俣芦北・天草 | | | | | | | | | | | | | | | |

**入会申込書は、ご希望の所属支部へご提出下さい。**

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及び熊本県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。