

入 会 申 込 書 (個人)

特定非営利活動法人千葉県介護支援専門員協議会 理事長 殿
 一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長 殿

特定非営利活動法人千葉県介護支援専門員協議会および一般社団法人日本介護支援専門員協会に入会を申し込みます。

千葉県 介護支援専門員協議会 会員種別※		正会員 ・ 準会員 (いずれかに○をして下さい)			申込日	平成	年	月	日
フリガナ					性別	生年月日			
氏 名		印			1. 男 2. 女	昭和 平成	年	月	日
自宅	住所	〒							
	TEL	-		-		FAX	-		-
勤務先	名称								
	種別	1. 居宅介護支援事業所 2. 介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 地域包括支援センター 6. 小規模多機能 7. グループホーム 8. その他 ()							
	住所	〒							
	TEL	-		-		FAX	-		-
メールアドレス									
メールによる 情報配信の希望		1. 希望する 2. 希望しない		メール配信先	1. 自宅 2. 勤務先				
郵送物送付先		1. 自宅 2. 勤務先							
介護支援専門員 資格の有無		1. 有 (実務研修修了証明書交付年月日:平成 年 月 日) 2. 無 3. 実務研修受講中							
介護支援専門員 登録番号(8桁)									※実務研修受講中または登録申請中等 の場合は後日お知らせ下さい。
介護支援専門員 としての勤務状況		1. 現任 (ケアマネとして就業)		2. 非現任 (ケアマネとして現在は就業していない)		3. 一度も勤務していない (ケアマネとして一度も就業したことはない)			
介護支援専門員 取得時の資格									
会費振込日		平成 年 月 日							
備 考									

※日本介護支援専門員協議会の会員種別は全ての方が正会員となります。(介護支援専門員の資格を持たない方は除く)

事務局記入欄

受付日	入金日	会員番号
平成 年 月 日	平成 年 月 日	