

FAX送信 011-746-1057

入 会 申 込 書

西暦 年 月 日

一般社団法人
 北海道介護支援専門員協会 御中
 (日本介護支援専門員協会北海道支部)

私は、貴会の目的に賛同し、正会員として入会を申し込みます。

入会区分	✓	日本介護支援専門員協会	✓	北海道介護支援専門員協会
フリガナ			性別	生年月日
氏 名			男・女	年 月 日
介護支援専門員 登録番号				登録年月日 年 月 日
介護支援専門員としての勤務状況	現任 ・ 非現任			
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	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()		
事業所所在地	〒			
電話		FAX		
E-Mail				
情報提供の方法	E-Mail (自宅 ・ 事業所) ・ ホームページ			
地域ケアマネ組織	※市町のケアマネ会等に所属している方は記入してください。			
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()			
備 考				

※お預かりした個人情報は当会の会員管理、事務連絡、各種ご案内等に使用させていただきます。