

入会申込書

年 月 日

私は、一般社団法人日本介護支援専門員協会・北海道介護支援専門員協会の目的に賛同し入会を申し込みます。

ふりがな 氏名	性別		男性・女性	
	生年月日		年 月 日	
会員種別	正会員	賛助会員	賛助会員(団体)	
介護支援専門員 登録番号	介護支援専門 員登録年月日			
介護支援専門員証の有効期限	西暦 年 月 日			
介護支援専門員勤務状況	現任	非現任	一度も勤務していない	※該当するものに○
自宅住所	(〒)			
自宅 TEL	自宅 FAX			
自宅 Mail				
所属法人名	所属事業所名			
所属事業所種別 (該当するもの に○)	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 介護医療院 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 その他 ()			
所属住所	(〒)			
所属 TEL	所属 FAX			
所属 Mail				
所属市町村 組織名称	例：○○地区介護支援連絡協議会等			
郵送先 どちらかに○	自宅	FAX送信先	自宅	メール送信先
	所属	どちらかに○	所属	どちらかに○
保有資格 該当するもの に○	(主任ケアマネ・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・あん摩マッサージ、はり師、灸師・ 介護福祉士・歯科衛生士・柔道整復師・管理栄養士・栄養士・訪問介護員) その他 ()			
所属ブロック 該当するもの に○	※自宅・または勤務先の所在地を考慮し選択してください。 ブロック内における、より地域を限定した研修案内等をお知らせします。 空欄の場合は事務局にて、ご自宅の住所に基づき決定いたします。 (札幌・空知留萌・道央・後志・胆振・日高・道南・ 上川・宗谷・オホーツク・十勝・釧路・根室)			
備考				

※ご記入いただいた情報は、一般社団法人日本介護支援専門員協会ならびに一般社団法人の会員管理システムに登録し、個人情報等の漏洩がないよう適切に管理いたします。

※日本介護支援専門員協会からメールマガジンが毎週発行されます。携帯電話では受信できないことがありますので、PC やスマートフォン等に対応したメールアドレスをご記入ください。

FAX:011-596-0394 北海道介護支援専門員協会事務局 行