

入会申込書

西暦 年 月 日

入会を希望する協会にチェックを付けて下さい。(必須)

チェック欄

いわきケアマネ協会

チェック欄

福島県介護支援専門員協会

チェック欄

日本介護支援専門員協会 ※福島県協会への入会が必要。

日本協会入会の方⇒【日本協会メールマガジン： 希望する 希望しない】

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	正会員 ・賛助会員 (どちらかを選び○をつけて下さい。)	性別	男・女	会員番号	
フリガナ				パスワード	<small>*事務局記入欄</small>
氏名		生年月日	西暦 年 月 日		
介護支援専門員資格の有無	有 (取得年月日 西暦 年 月 日) ・ 無				
介護支援専門員登録番号					
介護支援専門員としての勤務状況	現任 ・ 非現任 ・ 一度も勤務していない				
自宅住所	〒				
自宅TEL(市外局番～) 又は 携帯電話					
E-Mail *必須	※PCで受信可能なアドレスを記入				
所属機関 *現任者のみ	名称	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			
	種別	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()			
所在地	〒				
TEL (市外局番～)		FAX (市外局番～)			
文書送付先	自宅へ送る ・ 所属へ送る		※協会からの郵送物をご選択いただいた方へお送りします		
ケアマネ取得時の資格 ※複数ある場合は、主に するものに◎を願います。	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・精神保健福祉士・介護福祉士 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 管理栄養士・栄養士・訪問介護員・その他()				
地域変更	所属地域の変更()協会から→()協会へ変更 L 今年度の県協会費[及び日本協会費]は()協会 支払い済み ・ 支払い予定				
備考					

※お預かりした個人情報は事務連絡、各種ご案内、アンケートのお願い等に使用させていただきます。

提出先→ 【いわきケアマネ協会】
FAX 0246-22-6625

日本	県	地域
/	/	/