

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)

いわきケアマネ協会

福島県介護支援専門員協会 ※いわき協会への入会が必要

日本介護支援専門員協会 ※福島県協会への入会が必要

└ 【 日本協会メールマガジン : 希望する 希望しない 】 ※日本協会入会希望者

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

会員種別	<input checked="" type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 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	
				パスワード	
フリガナ			生年月日	西暦 年 月 日	
氏名					
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				
住所(自宅)	〒 -				
TEL(自宅)			FAX(自宅)		
E-Mail (必須)	* パソコンでも受信できるアドレスをご記入願います。携帯メール(docomo,au,softbankなど)不可。				
所属機関 *現任者のみ	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()			
所在地	〒 -				
TEL			FAX		
文書送付先	自宅 ・ 所属				
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()				
備考	所属地域の変更()協議会⇒()協議会 └ 今年度の県協会費(及び日本協会費) ()協議会で 支払済み ・ 支払予定				

※お預かりした個人情報事は事務連絡、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。

日本	県	地域
/	/	/