

入会申込書

年 月 日

公益社団法人青森県介護支援専門員協会 行

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、○を付けてください。)	性別	男 ・ 女	青森県協会 会員番号			
	※事務局記入欄						
フリガナ			生年月日	西暦	年	月	日
氏名	印			(S・H)	年	月	日
介護支援専門員資格の有無	有	(取得年月日・西暦)				無	
				年	月	日	
				(S・H)	年	月	日
介護支援専門員登録番号 ※必須							8桁
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)	〒 —						
電 話 (自宅)				F A X (自宅)			
E-mail (自宅・所属)				メールマガジン	希望する ・ 希望しない		
連絡先電話 (携帯・ 自宅・ 所属)							
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 認知証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 ()					
所在地	〒 —						
電 話				F A X			
情報提供 送付先	自宅	所属先	主任資格	有 ・ 無			
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 ()						
希望する 支 部	青森 津軽 八戸 西北五 上十三 下北 ※自宅住所を有する支部、又は勤務先等を有する支部どちらか一方になります。						
備 考							

※太く囲まれた枠内をご記入下さい。

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

A:県協会用