

入 会 申 込 書

令和 年 月 日

地区協議会事務局 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		性別	男 ・ 女	会員番号	
					パスワード	* 事務局記入欄
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 (有効期間 年 月 日) ・ 無			
主任介護支援専門員資格有無			有 (有効期間 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 ・ 経験なし			
住所(自宅)	〒 ー					
電話(自宅)				FAX(自宅)		
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 その他()				
所在地	〒 ー					
電 話				F A X		
E-Mail	自宅 ・ 携帯 ・ 所属先			@		
情報提供方法	E-Mail(自宅・携帯・所属先) ・ 郵送(自宅のみ) ・ FAX(自宅・所属先)					
ケアマネ取得時の資格	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 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 ・ 視能訓練士 ・ 義肢装具士 ・ 歯科衛生士 言語聴覚士 ・ あん摩マッサージ指圧師 ・ はり師 ・ きゅう師 ・ 柔道整復師 ・ 栄養士 管理栄養士 ・ 精神保健福祉士 ・ 生活相談員 ・ 支援相談員 ・ 相談支援専門員 主任相談支援員 ・ その他()					
全国協会	入会する ・ 入会しない					
備考	会員別入会金及び年会費 1 全国会員(全国協会、県協会及び地区協議会への入会) 入会金1,000円(初年度のみ)＋年会費5,000円＋県協会年会費1,000円＋各地区協議会年会費 2 県会員(県協会及び地区協議会への入会) 県協会年会費1,000円＋各地区協議会年会費					