

# 入会申込書

平成 年 月 日

NPO法人 茨城県ケアマネジャー協会 ・ 日本介護支援専門員協会 宛

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	
				パスワード	*事務局記入欄
フリガナ					
氏名		生年月日	西暦	年	月 日
介護支援専門員資格の有無(記入必須)	有 (取得年月日) 平成 年 月 日 ・ 無				
介護支援専門員登録番号(記入必須)					
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)		FAX(自宅)			
E-Mail、携帯電話アドレス (メルマガ受信用)	@				
所属機関 * 現任者のみ	名称				
	種別	1.居宅介護支援事業所 2.介護老人福祉施設 3.介護老人保健施設 4.介護療養型医療施設 5.地域包括支援センター 6.小規模多機能型居宅介護 7.認知症対応型共同生活介護 99.その他( )			
所在地	〒 -				
電 話		F A X			
情報提供方法	E-Mail(自宅・所属・携帯) ・ JCMALレポート(日本介護支援専門員協会ホームページ) 茨城県ケアマネジャー協会ホームページ				
ケアマネ取得時の資格	1.医師 ・ 2.歯科医師 ・ 3.薬剤師 ・ 4.保健師 ・ 5.看護師 ・ 6.准看護師 7.理学療法士 ・ 8.作業療法士 ・ 9.社会福祉士 ・ 10.介護福祉士 11.歯科衛生士 ・ 12.あん摩マッサージ指圧師 ・ 13.はり師、灸師 ・ 14.柔道整復師 15.管理栄養士 ・ 16.栄養士 ・ 17.訪問介護員 ・ 99.その他( )				
支部情報	当協会以外に入会しているケアマネ会	有(会名称) 無			
	会員番号				
備考					

入会申込書をFAXしてください。

FAX 029-243-6264

#当情報は当会のための事業にのみ使用いたします。(情報保護)