

(様式1)

--	--	--

※事務局記入欄 (2009.04.02)

## 特定非営利活動法人神奈川県介護支援専門員協会 正会員・準会員 入会申込書

特定非営利活動法人 神奈川県介護支援専門員協会 理事長 殿

私は、貴会の活動目的に賛同したので、入会を希望いたします。

会員種別	正会員 ・ 準会員 <small>どちらかを選び、○で囲んで下さい ※2</small>	性別	男 ・ 女	No. <small>※この欄は記入しないで下さい</small>
ふりがな				(西暦でご記入下さい)
氏名	生年月日			年 月 日
住所(自宅)	〒 —			
電話番号(自宅)			FAX番号(自宅)	
所属機関名				
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(所属)	〒 —			
電話番号(所属)			FAX番号(所属)	
E-Mail	自宅 ・ 所属 <small>どちらかに○を付けて下さい</small>	@		
メールマガジン	希望する ・ 希望しない			
情報提供方法	郵送(自宅 ・ 所属) ・ FAX(自宅 ・ 所属) ・ E-Mail			
会費請求宛名	個人 ・ 法人※所属名と違う場合( )		請求書 送付先	自宅 ・ 所属
介護支援専門員 資格の有無	無 ・ 有 <small>どちらかに○を付けて下さい</small>		(登録No. ) (取得年月日 / 年 月 日)	
(ケアマネ取得時の) 職種 <small>該当するものいずれかを ○で囲んで下さい</small>	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 針灸マッサージ師 柔道整復師 管理栄養士 栄養士 訪問介護員 その他( )			
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			
地域ケアマネジャー 連絡組織への 所属の有無	無 ・ 有 (所属組織名 )			
日本介護支援専門員協会へのご加入希望			あり ・ なし	
備考 <small>※この欄は記入しないで下さい</small>				

**神奈川県介護支援専門員協会 FAX 045-671-0287**

〒231-0005 横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル5F 電話 045-671-0284

※1 入会申込書のご提出は、FAX又は郵送にてお願い申し上げます。

※2 総会への出席義務が生じるのが「正会員」、出席義務が生じないのが「準会員」です。両会員区分の差は、総会出席義務以外には現在ございませんので、ご都合に合わせてお選びください。