

--	--	--

一般社団法人 神奈川県介護支援専門員協会 入会申込書

一般社団法人 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。

No.

※この欄は記入しないで下さい

フリガナ		性別	男・女	生年月日	(西暦でご記入下さい) 年 月 日
氏名					
住所(自宅)	〒 —				
電話番号(自宅)	()	FAX番号(自宅)	()		
E-Mail		携帯電話番号	()		
勤務先名					
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()				
勤務先住所	〒 —				
電話番号(勤務先)	()	FAX番号(勤務先)	()		
介護支援専門員 資格の有無	無 ・ 有		(登録No.)		
	どちらかに○を付けて下さい		(取得年月日 / 年 月 日)		
	※ケアマネジャー資格を保有している方は正会員、保有していない方は準会員となります。				
(ケアマネ取得時の) 職種 該当するものいずれかを ○で囲んで下さい	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 連絡会等 団体所属の有・無	無 ・ 有		()		
日本介護支援専門員協会へのご加入希望				あり ・ なし	
備考 ※この欄は記入しないで下さい					

※ 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。

神奈川県介護支援専門員協会 FAX 045-671-0287

〒231-0023 横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9F 電話 045-671-0284

メール: jimu@care-manager.or.jp 「ケアマネの森」 <http://www.care-manager.or.jp/>