

(公社) 福岡県介護支援専門員協会事務局 宛

(FAX 092-431-4577)



(公社) 福岡県介護支援専門員協会

入 会 申 込 書

公益社団法人福岡県介護支援専門員協会

会 長 柴 口 里 則 殿

私は、(公社) 福岡県介護支援専門員協会の趣旨に賛同し、会員として入会いたします。

西 暦 年 月 日

ふりがな		性 別	生年月日	
氏 名		男・女	西 暦	年 月 日
住 所	〒 (建物名・室番号までご記入ください)			
連 絡 先	TEL		FAX	
	フリガナ E-mail(PC)			
勤 務 先 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	〒			
勤 務 先 TEL等	TEL		FAX	
勤務状況 (差し支えない範囲 でお知らせください)	現任(専任・兼任) 非現任(ケアマネ経験有 ・ 無) 兼任・非現任の方の現在の業務 ()			
ケアマネ取 得時の資格	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保険師 ・ 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 ・ はり師 ・ きゅう師 ・ 柔道整復師 精神保健福祉士 ・ あん摩マッサージ指圧師 ・ 管理栄養士 ・ 栄養士 ・ 他(介護業務 ・ 相談援助業務)			
介護支援専門員 登録番号		入会のきっかけ (具体的に)	例) ○○研修に参加して、○○さんの紹介	

※ お預かりした個人情報、各種ご案内、アンケートのお願い等に使用させていただきます。

※ 日本介護支援専門員協会からのメルマガ配信を希望しますか? (はい・いいえ)

※ 所属支部は、どちらを希望しますか? (勤務地 ・ 住所地)