

入 会 申 込 書

年 月 日

私は一般社団法人山形県介護支援専門員協会に入会したく申し込みます

会員種別	正会員	性別	男・女	会員番号	※事務局記入		
フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名							
介護支援専門員資格取得年月日	取得年月日		年	月	日		
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	<input type="checkbox"/> 現任 <input type="checkbox"/> 非現任 <input type="checkbox"/> 一度も勤務していない						
住所(自宅)	〒 —						
電話(自宅) 市外局番から	()		FAX(自宅)	()			
E-Mail(自宅)	@				日本協会のメールマガジン (配信先は1つ)		
E-Mail(携帯)	@				自宅・携帯・勤務先・希望しない		
日中の連絡先(TEL)	—		自宅・勤務先・携帯電話				
所属機関 ※現任者のみ	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()					
所在地	〒 —						
電話 市外局番から	()		FAX	()			
E-Mail(勤務先)							
介護支援専門員 実務研修受講試験時の基礎資格	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・あん摩マッサージ指圧師・はり師・灸師 歯科衛生士・柔道整復師・管理栄養士・栄養士・訪問介護員 その他()						
<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修受講済	受講年度	年度					
地区支部(自宅か勤務先かで選んでください) 山形・庄内・置賜・最上・村山							
備考							

次年度以降、自動引落をおすすめします。後日「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」の用紙をお送り致します。

FAXまたは郵送にて下記へ送付ください。

〒990-0037 山形県山形市八日町二丁目1番26号
一般社団法人山形県介護支援専門員協会 事務局

FAX. 023-664-2130

TEL. 023-664-2120

※事務局使用欄

県支部DB	入金確認	日本協会DB
/	/	/